

MISCELLANEE

17024
31

BIBLIOTECA NAZIONALE
CENTRALE - FIRENZE



A 23

Calligaris





LA NEURASTENIA POSTENCEFALITICA

TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI

17024.31.

INDICE DEI CAPITOLI

SINTOMATOLOGIA :

CAP.	1. — I perturbamenti del sonno	Pag. 9
»	2. — Le clonie fascicolari	» 11
»	3. — L'astenia	» 15
»	4. — Il tremore	» 16
»	5. — I disturbi cardiaci e vasomotorii	» 17
»	6. — La facies variabile	» 18
»	7. — L'intolleranza degli alcoolici e dei calori	» 19
»	8. — La fame d'aria	» 20
»	9. — L'obesità e il dimagrimento	» 21
»	10. — Motilità e riflessi	» 22
»	11. — Vita sexualis	» 23
»	12. — Le forme ipertermiche	» 24
»	13. — Le forme neuro-vegetative	» 28
»	14. — Le manifestazioni gastriche	» 31
»	15. — I disturbi sensitivi e le forme algiche	» 34
»	16. — I disturbi sensoriali	» 38
»	17. — La ricerca dell'emisindrome	» 39
»	18. — Le crisi	» 42
»	19. — Gli intoppi psichici	» 44
»	20. — L'inerzia e la mancanza d'iniziativa	» 46
»	21. — Lo stato mentale	» 48
	DIAGNOSI	» 53
	DECORSO E PROGNOSI	» 65
	CURA	» 69



PREFAZIONE

Una mia breve nota su «La Neurastenia postencefalitica» è già comparsa in passato (Riforma Medica, N. 39, 1923).

Avevo, allora, veduto soltanto una decina di questi malati che cominciavano a richiamare la mia attenzione e quelle pagine, che, eran frutto delle mie osservazioni, contenevano le prime avvisaglie.

In questi ultimi due anni ho esaminato qualche centinaio di simili casi, ed ho avuto quindi tutto l'agio di rendermi familiare questa particolar forma clinica. Si vede meglio ciò che si è imparato a conoscere.

Ora, perchè so come sia grande il numero di tali pazienti che son qua e là disseminati, e mi arvedo ogni giorno che i medici generalmente non solo non riescono a riconoscer la vera natura del loro male, ma molte volte non son nemmeno propensi ad ammetterla anche quando, per chi vede più addentro, è patentemente conclamata e indubbiamente dimostrata da sintomi non equivocabili, ho pensato di non far male a riassumere, in una breve monografia, i principali aspetti di questa sindrome neurasteniforme postencefalitica, includendovi anche quattro capitoli (N. 12, 13, 14, 15) che vennero già pubblicati da poco tempo, con qualche variante, nel giornale surricordato (Riforma Medica, N. 18, 26, 32, 1925).

Il neurologo non si attribuisce alcun merito, nè si riconosce alcuna speciale perspicacia clinica nell'individualizzare e nel denunziare l'organicità e la gravità di queste forme ad apparenza neurosica. Egli si arroga però il diritto, davanti ai medici generici (ben più versati di lui in moltissime altre cose), di far prevalere

questo suo giudizio diagnostico, al quale, in ultimo tempo, il decorso della malattia finisce col portare pur sempre la più sicura conferma.

Se è vero che il medico specialista «unius libri» è un mutilato, è altrettanto vero che il clinico «omni re scibili doctus» è un illuso. Mezzo secolo fa, i clinici, intesi nel senso più vasto e più generico della parola, potevano ancora nascere. Oggi non nascono più, o se anche nascono non posson vivere a lungo di una vita piena e autonoma. L'orizzonte della scienza medica si è troppo allargato, in progresso di tempo, perchè lo possan da soli spaziare i loro due occhi mortali, per quanto siano aquilini; il vento delle nuove conquiste si è fatto troppo veloce perchè lo possan tutto ispirare i loro polmoni, per quanto sian capaci, e il peso delle accumulate cognizioni è divenuto troppo soverchiante perchè, senz'aiuto, lo possan reggere le loro spalle, per quanto siano erculee. Non omnia possumus omnes.

Bisogna adunque, da una parte, che il medico «specializzato» si faccia una maggior coltura clinica generale e sia, all'infuori della sua specialità, meno ignorante di quanto spesso accade; e bisogna dall'altra, che il medico «generico» sia, di fronte ad alcune malattie «speciali», un po' più umile e meno pretenzioso di quanto spessissimo avviene.

Io stesso, neurologo, posso prescrivere il collirio di solfato di zinco ad uno che ha la congiuntivite, l'infuso di poligala ad uno che ha il catarro bronchiale, la tintura di china e di noce vomica ad uno che ha la digestione difficile, quella di strofanto ad uno che ha il cuore debole, la pomata solfo-salicilica ad uno che ha l'eczema, e via dicendo. Ma se il male non migliora, o peggiora, se il paziente continua a soffrire ed io comincio a non veder chiaro, non mi è permesso dall'onestà scientifica di continuare in quelle cure, e debbo invocar aiuto d'altre parti, non per me, ma per il mio malato. Prima di tutto, salvare, e, se non si può salvare, difendere fino alla fine e proteggere fino al possibile il malato, a costo, si capisce, di perdere il cliente. Il medico che non fa distinzione fra «malato» e fra «cliente», non ha diritto di conservare più a

lungo sul proprio capo il vanto di una corona così nobiliare, perchè è mancato al suo più sacro dovere, perchè è fallito al suo più alto destino.

Egli non si dimentichi che il sacerdote di Esculapio, quando lo ammise, ancor giovinetto, al suo fonte battesimale, gli versò sul capo le acque lustrali, gli toccò gli occhi, gli orecchi e la bocca con il suo crisma purificatore, gli segnò sulla fronte l'emblema della croce mormorandogli il suo comandamento, e come aveva già fatto una volta il ministro di Dio, quando lo accolse infante nel battisterio del tempio avito, lo accomiatò da ultimo porgendogli una bianca stola e ripetendogli quelle sante parole: «Accipe hanc vestem candidam».

Udine, febbraio 1926.

G. CALLIGARIS



SINTOMATOLOGIA.

1. - I PERTURBAMENTI DEL SONNO.

Così io scrivevo, nella mia prima nota su *«La neurastenia postencefalitica»*: «La funzione ipnica può essere in vario modo perturbata. Per lo più i pazienti accusano una insolita sonnolenza che l'incoglie durante il giorno, a momenti, e specialmente dopo il pasto (*sonnolenza parossistica*). Un ingegnere, che io ho esaminato, mi diceva di non poter comprendere come avvenga che, negli ultimi tempi, egli si addormenti regolarmente mentre viaggia in ferrovia, fatto che in passato non si verificava, perchè anzi egli non poteva mai, in siffatte condizioni, prender sonno nemmeno nei viaggi notturni. Qualcuno dice che alla notte, quando va a letto, cade immediatamente in un sonno così pronto e così profondo, che tale non era mai nelle sue antiche abitudini. Una terza serie di encefalitici vi racconterà invece, con meraviglia, che al mattino, se non venissero svegliati, continuerebbero a dormire fino a tardissima ora. Come si vede, il sonno in questi casi, si differenzia per essere insolitamente intempestivo, o fuori dell'uso profondo, o fuori della regola prolungato». Oggi a due anni di distanza, non ho nulla da mutare a queste mie prime osservazioni. Certo si è che, col passare del tempo, essendosi quasi spenta, come pare, l'epidemia, (1) la disfunzione ipnica non è così prevalente come negli anni passati, ma sta il fatto che ancor oggi la maggior parte dei neurastenici postencefalitici mostrano tracce di un tale disturbo rappresentato dall'ipersonnia che compare a periodi nel corso della giornata (*crisi di sonnolenza diurna*) e specialmente, notisi bene, dopo i pasti. Il medico, che sospetta l'encefalite di Economo, non si dimentichi dunque mai d'insistere su questa inchiesta, perchè il solo fatto di poter stabilire che l'esaminato, da uno, da due, da tre o da più anni va soggetto, com'egli è costretto a confessare a chi ne lo interpella, a

(1) Anche nell'ultimo di quest'anno tenuto per i congressi di medicina.

brevi attacchi di sonnolenza diurna (pallidi ricordi della letargia propria delle forme conclamate), è segno di fondamentale importanza per la diagnosi. Qualche volta accade che il malato, davanti a questo quesito, resta incerto nella risposta, perchè non sa se si tratta veramente di stati sonnolenti veri e propri, oppure d'improvvisi stati astenici con *gravedo palpebrarum*. «Non so che dire — risponde qualcuno — ma mi sento come mancare».

Debbo a questo punto richiamare l'attenzione del medico sopra un altro fenomeno, non raro nella pseudoneurastenia degli encefalitici, cioè sopra lo *sbudiglio*, che qualche volta si presenta per crisi (*chasmus*), che è in intimo rapporto con la stanchezza e con il sonno, e che vien posto da qualche A. in relazione con le funzioni del Corpo striato (F. H. Lewy). Queste «*crisi di sbadiglio*» di rado mancano (o son mancate in passato) nei nostri pazienti, quand'anche abbiano in essi fatto difetto altre manifestazioni d'ipersonnia notturna o diurna. Io le considero qui come veri equivalenti ipersonnici. (1)

Quando poi, in casi più rari, il malato, anzichè dormire un poco di giorno o dormire molto di notte, non dorme o dorme poco, o dorme male, il medico non pensi, come pensano i profani, per i quali la «*mona*» è sinonimo di letargia, che l'agripnia o la disgripnia possano infirmare la diagnosi, perchè, in realtà, oltre alle forme ipersonniche, che son per vero le più comuni, esistono

egli non l'ignora — anche delle forme insonniche o agripniche dell'encefalite epidemica.

Quel sintomo speciale dell'inversione del ritmo del sonno, sul quale hanno per primi richiamata l'attenzione l'Hofstadt, il Roasenda, ecc., sintoma che è patognomonico della malattia di Economo, non è per lo più evidente negli stati che formano l'oggetto del nostro studio. Ma se non è evidente è però spesso accennato, in quanto che i soggetti i quali possono avere, come si disse, tendenza al sonno durante il giorno, spesso soffrono invece d'insonnia durante la notte.

Come si può ripetere per ciascun sintoma isolatamente considerato, non souvi qui che pallidi riflessi, che echi lontani e rap-

(1) Quando, come spesso accade, una crisi di sonnolenza o una crisi di sbadiglio precede, accompagna o segue la comparsa di fermenti patologici di natura diversa (disturbi gastrici, respiratori, esteriori, ipercinetic) nonchè di crisi surreali o delirio che lungi dall'orientare il medico verso i caratteri dell'encefalite letargica

presentazioni frammentarie. In altre parole, si può ben dire che la *Neurastenia postencefalitica* — alla quale ha dedicato un breve capitolo anche il La Torre ⁽¹⁾ in una sua opera pregevolissima che qui desidero ricordare perchè fa molto onore a lui ed alla sua Scuola — è una encefalite letargica in miniatura, limitata, con tutti i suoi sintomi noti, alle più tenui espressioni, e ridotta ai minimi termini. Una appena visibile irrequietezza motrice è il riflesso attenuato delle grandi ipereinesie (corea, ecc.), come le contrazioni fascicolari erratiche, a pena constatabili da un attento osservatore, sono i ricordi delle grandi mioclonie; i fugaci disturbi della vista sono i testimoni tardivi dei perturbamenti oculari che inaugurarono la malattia, come il nervosismo residuale è un rappresentante decaduto degli stati di primitiva eccitazione psico-motrice; l'inerzia è uno strascico della catatonìa, la mancanza d'iniziativa è un aspetto della bradifrenia, la breve crisi di sonnolenza diurna è, come si disse, un reliquato della letargia propria del periodo iniziale o d'invasione, e via dicendo.

Tutto il grande quadro polimorfo della nevrastite epidemica è riprodotto, nelle sue più minute particolarità, ma però con tinte languide e a pena distinguibili, nella *Neurastenia postencefalitica*.

2. - LE CLONIE FASCICOLARI.

E' stato detto, da qualche A., che la mioclonia, constatabile in questi tempi in un malato, è il sintoma patognomonico e rivelatore per eccellenza della nevrastite epidemica, ed io son concorde in questo giudizio. Si disse, anche, che di tutte le localizzazioni miocloniche, quella addominale, il perchè non si sa, è la denunziatrice più infallibile. Tutto ciò si riferisce ai primordi della malattia, o anche ai primi mesi o al primo anno dopo l'invasione, perchè, più tardi, come si sa, i grandi cloni muscolari vanno dileguando e quindi non appartengono più al quadro della neurastenia postencefalitica, che è quanto dire a sequele leggere e remote dell'infezione, generalmente iniziata qualche anno addietro. Non è da crederlo però, che lo stato neurastenico dell'encefalite letargica sia sempre effetto lontano di una forma grave e conclamata della malattia di Economo, perchè,

⁽¹⁾ LA TORRE. *Encefalite epidemica. Manifestazioni tardive*. — Scienza e Lettera, della I. L. S., 1923, pag. 183.

invece, molte volte la forma fu lieve *ab initio* non solo, ma anzi, per attenerci alla regola generale, fu abortiva, ambulatoria, e per di più, notisi bene, spesso ignorata. Io posso dire che, in qualche centinaio di pazienti nei quali riconobbi l'origine di simili stati neurasteniformi, la diagnosi retrospettiva di encefalite epidemica lasciò quasi sempre meravigliati i suoi portatori e spesso increduli anche i loro medici.

Trattasi adunque, nel caso nostro, non già di mioclonie grossolane ma di ondulazioni muscolari, di contrazioni parcellari, fascicolari o fibrillari, effimere ed erratiche, che ricordano la corea fibrillare di Morvan e la miochimia di Kuy, di Schultze e di Biancone. Tali fenomeni, visibili specialmente nella faccia, son quelli che mi mettono subito sull'avviso, quand'io mi pongo a contemplare il volto del falso neurastenico, appena egli si è posto a sedere al mio cospetto. Si tratta, per me del *signal-symptôme*. Appena noto il primo segno, mi metto sulla via e chiamo a raccolta tutti i dati anamnestici e tutti i sintomi obiettivi, ad uno ad uno, con un metodismo che mi è ormai familiare, per correr diritto alla fine. Poche volte mi accadde di dover rifare la strada, mutare indirizzo e rinunciare al primitivo sospetto, dopo essermi accorto che, in quel caso, la sindrome non era, in realtà, il prodotto dell'encefalite letargica, ma ben l'esponente di altri stati (influenza, alcoolismo, isterismo, *Klimakterium*, ecc.).

La fibrillazione istantanea, fulminea, (*blitzartig*), periodica, a volte compare così di rado, che bisogna contemplare il volto del soggetto, posto in buona luce, a lungo e attentamente, per sorprenderla. Le sue sedi di predilezione sono i muscoli facciali, specialmente quelli verso gli angoli della rima boccale e i mentonieri. Quantunque la ragion intima ci sfugga, sta il fatto che le clonie nel dominio dei piccoli muscoli del mento son particolarmente frequenti e proprie dell'encefalite di Economo, come quelle, già ricordate, dei grandi muscoli addominali. A volte è l'*orbicular oris* che presenta delle leggere palpitazioni, a volte è una palpebra che bruscamente si contrae (*blefaroclono*). Si sappia però, che non uno di tutti i piccoli muscoli della faccia ha la prerogativa di sottrarsi alla fibrillazione postencefalitica (frontali, corrugatori del sopracciglio, zigomatici, muscoli delle ali nasali, ecc.). In qualche caso, questi istantanei spasmi clonici, talora limitatissimi, superficiali e a fior di pelle (palpitazioni gelatiniformi), a pena visibili, tantochè io son qualche volta ricorso all'uso della lente,

sono erratici e si presentano or qua or là, senza prevalenza, nell'una o nell'altra metà della faccia. Stia però l'osservatore ben attento per stabilire se, nel suo esaminato, il fenomeno è esclusivamente, o, come spesso accade, prevalentemente limitato ad una emi-faccia. La constatazione è di grande valore, perchè basta da sola a mettere il medico sulla traccia dell'emi-sindrome (destra o sinistra), avvertendolo che, con tutta probabilità, non solo le clonie fibrillari ma anche gli altri sintomi postencefalitici (parestesie, dolori, tremori, disturbi vasomotorii, secretorii, ecc.) avranno, in quel paziente, una localizzazione elettiva nella metà omolaterale del corpo.

Ma se la faccia è (o pare che sia perchè si tratta di una parte scoperta e quindi meglio visibile) la sede prediletta delle mioclonie, si sappia però che esse possono manifestarsi in qualsiasi altra regione (collo, tronco, arti), e il paziente, interpellato su questo punto, spesso vi dirà infatti che sente «battere» or qua or là (bicipite, tricipite, quadricipiti femorali, muscoli surali, ecc.).

Non di rado queste contrazioni fascicolari sono accompagnate da una sensazione dolorosa come di puntura, tantochè il malato qualche volta non vi sa dire se si tratta di un fenomeno sensitivo (puntura) o di un fenomeno motorio (spasmo clonico localizzato, come per una leggera scossa elettrica). In questa associazione dei due fatti noi dobbiamo ravvisare le tracce di una sindrome algo-mioclonica, che è, come si sa, ben più accentuata e ben più tormentosa nelle grandi manifestazioni dell'encefalite florida.

Sappia infine l'osservatore, che questi fenomeni a volto sono denunziati dallo stesso paziente, ma il più spesso debbono essere «scoperti» dal medico stesso, perchè non di rado son così poco pronunciati, che chi li presenta non se ne accorge nemmeno.

Fatta questa scoperta delle leggere clonie, il medico ha in mano un elemento di valore inestimabile per la diagnosi di encefalite epidemica. Se un tale e così semplice segreto gli fosse stato noto, egli, con tutta probabilità, non si sarebbe lasciato sfuggire dagli occhi una lunga serie di questi piccoli postencefalitici, di questi neurastenici post-nevrastitici, troppo spesso sconosciuti, che popolano per certo i diversi paesi d'Europa come popolano il nostro; che sembrano, a chi li vede superficialmente, malati leggeri e di facile guarigione, ma che invece, per chi li guarda con occhio più acuto, son ben altra cosa.

Debbo infine avvertire che, se le clonie fascicolari del volto sono poco visibili o incerte allo stato di riposo mimico, spesso vien dato di metterle in evidenza nei movimenti comandati (mostrare i denti, serrare le palpebre, corrugare la fronte, ecc.), che le possono rivelare per un istante, sia nei muscoli impegnati, sia in territori più lontani della faccia. Qualche volta una debole corrente faradica o un piccolo colpo di martelletto sono artifizi sufficienti per mettere in evidenza la diatesi o l'imminenza mioclonica. (Segno del mioclono provocato, di Sainton e Cornet) ⁽¹⁾. Il segno di Chvostek (specie il II° e il III°) è non di rado presente in simili casi, a testimoniare quello stato d'ipereccitabilità muscolare, che, per essere di leggero grado, è meccanico se anche non è spontaneo ⁽²⁾. Qualche volta avviene che il segno surricordato è unilaterale, e, in tal caso, assume ancor maggior valore diagnostico non solo, ma indica il lato (destro o sinistro del corpo) in cui la sindrome extrapiramidale ha la sua ripartizione dimidiata (ved. emi-sindrome).

Queste mioclonie fascicolari — paragonabili a quelle che son visibili nell'atrofia muscolare progressiva mielopatica — assumono, ripetiamolo ancora una volta, un valore eminentissimo per la diagnosi di pregressa encefalite epidemica. Soltanto in soggetti neuropatici o alcoolisti si posson qualche volta constatare dei fenomeni simili, che son però, con attento esame, differenziabili dai precedenti. Anche in condizioni apparentemente fisiologiche vien dato talora di notare delle piccole contrazioni fibrillari, frequenti, per es., nelle palpebre, come ognuno di noi ha potuto constatare, e sulle quali, fin dal 1919 ha richiamato l'attenzione il Cruchet di Bordeaux, ma la confusione verrà evitata dall'acuto indagatore, il quale, non occorre dirlo, sarà sempre esitante prima di fondare una diagnosi sopra un unico sintoma, per quanto caratteristico, ma ricercherà altri segni associati.

(1) Debbo insistere sul grandissimo significato diagnostico del «mioclono provocato», che non dimentico omai d'esaminare in ogni caso, anche quando le clonie fascicolari peribuccali non s'han visibili allo stato di riposo, un leggero colpo di martelletto mette in evidenza una risposta tonica, o più comunemente una palpitazione clonica dei piccoli muscoli mentonieri. Io son solito ricercare questo fenomeno anche nelle mani, in corrispondenza del tenare, e trovo per lo più che il prezioso segnale è presente, o più o meno nel lato del emi-sindrome (ved. questa).

(2) L'ipereccitabilità meccanica dei muscoli facciali venne rilevata anche da Wendrowicz (*Z. N. Neurologie und Diagnostik der epidemischen Encephalitis - Arch. f. Psych. und Neurol.*, H. 4, 1924).

3. - L'ASTENIA.

L'astenia, sintoma immaneabile in questi stati neurastenici, è generalmente ben più accentuata di quanto sia nel comune morbo di Beard. Io ho già accennato, in una mia pubblicazione precedente, (1) a siffatto disturbo della funzione stenica nei postencefalitici, disturbo che ha richiamata l'attenzione di parecchi osservatori italiani (O. Rossi, Ceconi, Ponticaccia, Salmon, F. Negro, La Torre, ecc.) e stranieri (Mac-Nulty, Gerstmann, Hall, Sarbò, Stern, ecc.), discutendone la patogenesi, che credo in relazione, ben più che con un fatto tossico e con un puro disordine endocrinico, con un avvenuto perturbamento in un sistema nervoso deputato al governo della «funzione stenica». Un tale sistema è per certo quello neuro-vegetativo, ma estraneo non dev'essere anche quello extrapiramidale.

Orbene, tutti questi nostri pseudo-neurastenici si lamentano di essere stanchi, di sentirsi sfiniti, di essere esauriti dopo un breve lavoro, o indipendentemente da ogni fatica. L'astenia è così nel muscolo (miastenia) come nella psiche (psicastenia). Infatti, all'astenia fisica, che determina in loro una faticabilità facile dopo un lavoro manuale, una passeggiata, ecc., si associa il più spesso l'astenia psichica, per cui essi si stancano nel leggere, nello scrivere, nel parlare, nel pensare, e non possono occuparsi mentalmente un po' a lungo, come il neurastenico cerebrale tipico, quale ci viene descritto dagli autori classici.

Il più delle volte si tratta di un sintoma permanente, in altri casi di un disturbo periodico, che compare in modo accessuale. Durante siffatte *crisi asteniche*, che son di durata più o meno lunga, qualche volta soltanto di pochi minuti, il malato si sente mancare le gambe, come sfuggire la vita, e viene incolto da un bisogno invincibile di gettarsi a corpo morto sul proprio letto.

Il grado di una tale astenia permanente od accessuale varia a seconda dei diversi soggetti, ma è evenienza molto rara che il malato, spontaneamente o interrogato, non vi confessi questo suo

(1) CALLIGARIS - La funzione stenica, e i suoi disturbi, *Il Psichiatra*, 1.° Periodico, Sez. med., 1922.

disturbo che dura da uno, da due, da tre o da più anni, cioè «da quando è malato».

4. - IL TREMORE.

Il tremore nelle dita delle mani protese si può osservare nel neurastenico postencefalitico come nel neurastenico classico. Questo tremito, che, quand'è visibile, mi pare presenti oscillazioni più ampie e sia più grossolano di quello comunemente detto neuropatico; che per lo più compare nell'azione ma può presentarsi anche nel riposo, si accentua sempre, o qualche volta si rivela, soltanto in seguito a sforzi fisici o a stati emotivi. Il malato vi dirà che quando è tranquillo resta immobile, ma che da qualche tempo si mette a tremare per un nonnulla (per un campanello che suona, per un rumore improvviso, per una chiamata, per un'impresione psichica, ecc.).

Per quanto riguarda questo sintoma, che può anche mancare, debbo fare due osservazioni. La prima considera il fatto, che, non di rado, il malato, più che un tremore visibile, accusa una sensazione di «tremore interno», sensazione che non dev'essere soltanto immaginaria, perchè, se voi appoggiate fortemente le vostre mani sulle sue spalle, qualche volta potete avere una percezione distinta di un leggero scuotimento, di un'oscillazione diffusa, di un sussulto generale, com'è dato di avvertire spesse volte nei basedowiani. (1).

L'altra osservazione, forse più importante dal punto di vista diagnostico, consiste in ciò, che il tremore neurastenico postencefalitico, spesse volte se non sempre, è prevalentemente, o più di rado esclusivamente, localizzato in una metà del corpo. Per constatarlo nell'arto superiore, basta, come si sa, ordinare all'esaminato di protendere le braccia in posizione di giuramento, con le dita delle mani estese e divaricate, e per metterlo in evidenza nell'arto inferiore io son uso far assumere al malato una posizione incomoda (pie'li sollevati dal terreno appoggiati soltanto con la punta, oppure col tallone, ecc.).

(1) La stessa sensazione già fatta da Lumy nel morbo di Parkinson vent'anni or sono, e che si è confermata, in questa malattia, da Kipré e da Lhermitte. *Revue de la Clinique Neurologique, Tome IV, Médecine, Masson, Paris, 1925, T. XX, 22, 207.*

Un osservatore attento potrà infine, contemplando questi malati che gli stanno seduti di fronte, scorgere, non di rado, anche un leggero *tremor capitis* di tipo affermativo o negativo. Dubito però che si tratti di tremore trasmesso perchè, in realtà, se si fa stare il soggetto in posizione di «attenti», molte volte è dato, specie nei giovani, di scorgere un leggerissimo tentennamento, ma certa instabilità ed irrequisitezza motrice, che io son solito ricercare, alla quale attribuisco grande valore diagnostico, e che chiamo il «segno della nave». Trattasi evidentemente di un fenomeno amiostatico appena accennato, di una serie di pulsioni abortive. (1).

Oltre al tremore, debbo qui menzionare le «oss. bruscoe» o «sussulti tendinei», che il nostro malato presenta qualche volta d'improvviso in un arto (sp. chiaramente superiore), o soltanto in un suo segmento periferico (in una mano, in un dito).

5. - I DISTURBI CARDIACI E VASOMOTORII.

Non si tratta qui della tachi- o della bradicardia permanente, che vennero segnalate nella malattia di Economo fin dai primordi dell'infezione e più tardi costatate, qualche volta nelle sindromi parkinsoniane. Intendo invece di riferirmi alla tachicardia parossistica, cioè a crisi di cardiopalmo di diversa durata, più o meno frequenti e più o meno imponenti, che presentano questi malati, e che insorgono talvolta spontaneamente, senza cause apprezzabili, ad epoche varie o anche ad orario fisso. In alcuni casi, le palpitazioni cardiache affrettate si producono soltanto in seguito a pasti copiosi, a sforzi fisici, o più spesso a cause emotive, tanto che si può parlare più precisamente di un cuore irritabile (*irritable breast* degli autori inglesi).

Debbo dire che alle crisi tachicardiche, insorgenti in soggetti i quali in precedenza non avevan mai presentato sintomi di

(1) Anche questo fenomeno qui appena accennato, si ripete in movimenti oscillatori del corpo e del troncamento. In casi di psiticosi non postencefaliche di diversi osservatori. De Lisi, Cecchi, Simeoni, Higier, Runge ecc., e di tachicardie parossistiche. Pseudoepidemie di «tremor tendineus» e «sussulti tendinei» di Pseudoscienze. *Hypochondria* (Brennero), per trecento e da Sarò nei parkinsoniani.

neurosi cardiaca e non son per nulla dei cardiopatici, l'esperienza mi ha insegnato ad accordare un grande valore diagnostico. Questo fenomeno di scarica o di liberazione, che si svolge nel territorio del sistema neuro-vegetativo, come per fallanza di un freno (*Release-phaenomena* di Kinnier Wilson), è frequentissimo nei postencefalitici. (1).

Più raramente di questi sintomi motorii, simili pazienti accusano fenomeni sensitivi in corrispondenza della regione cardiaca (algie, parestesie, sensazioni vaghe di peso, di oppressione, di arresto, di sfinimento, ecc.). In qualche caso anzi tali disturbi son così preminenti, da far convergere tutta l'attenzione e tutta l'introspezione del malato, che teme di essere un cardiopatico, e si fissa su queste sensazioni che descrive con una tale preoccupazione da dargli l'immagine di un ipocondriaco. Io ho potuto osservare parecchi di questi esempi, che trovano perfetto riscontro in constatazioni analoghe già fatte dallo Stern, e che rappresentano evidentemente, come si disse, fenomeni d'ordine neuro-vegetativo analoghi a quelli comunissimi, nella donna, all'epoca dell'età critica.

Anche i disturbi vasomotorii fanno raramente difetto in queste sindromi. Le sensazioni di calore vampante, specialmentate al volto, (2) che si congestiona per minime cause, son fenomeni comuni. Un senso continuo di freddo o di caldo viene accusato qualche volta anche nelle mani o nei piedi, senza dire che non mancano, in alcuni casi, sensazioni di brivido, qua e là localizzate. Disordini vasomotorii più accentuati (edemi, *facies subtumida*, ecc.) non si notano però generalmente in questi stati neurastenici, mentre si possono osservare nei postumi più gravi. Debbo invece avvertire che anche nella forma morbosa qui considerata vien dato qualche volta di constatare delle tumefazioni delle gengive, spesso sanguinanti, la cui origine mette talvolta il medico nell'incertezza.

6. - LA FACIES VARIABILE.

Qualora voi domandiate a questi malati se han notato, dall'epoca alla quale risalgono i loro disturbi, un mutamento facile

(1) Mentre la bradicardia si riscontra più di rado, molti di questi pazienti presentano una tachicardia che si può dire permanente anziché parossistica (100-100 battiti al m.).

(2) Non è raro che s'interisca, talora, anche la lingua.

della loro fisionomia, pallida o colorita a seconda dei giorni o delle ore di uno stesso giorno; e se chiamate anche in testimonio i loro familiari, essi vi confermeranno il fatto dicendovi che il soggetto «cambia ciera» da un momento all'altro, che ha spesso le «occhiaie» e che, quando attraversa giorni critici ed ore elimateriche, «si conosce negli occhi».

A un tale sintoma, che ho trovato quasi costante in queste sindromi neurasteniche, e che non manco mai di ricercare, io ho dato la denominazione di «*facies variabile*». Poichè certamente è l'effetto di un equilibrio instabile nella funzione del sistema neuro-vegetativo, e poichè si sa quale e quanta importanza abbiano le manifestazioni di tal fatta nella sindrome postencefalitica, trovo cosa naturale che al segno si debba accordare, per la diagnosi, tutto quel valore che io gli conferisco ne' miei esami e ne' miei giudizi.

Il paziente vi soggiungerà, qualche volta, di aver perfino notato come muti spesso anche il colorito delle proprie mani.

7. - L'INTOLLERANZA DEGLI ALCOOLICI E DEI CALORI.

Il più delle volte, se non sempre, il neurastenico dell'encefalite epidemica vi confesserà, se voi lo interrogate su questo argomento, che da quando è malato non può sopportare gli alcoolici, assunti anche in quantità moderata, perchè gli «vanno alla testa». Debbo anzi notare, a questo proposito, che l'intolleranza mostrata dai postencefalitici per gli alcoolici venne già segnalata in Italia da Stradiotti.

Trattasi evidentemente di un disturbo congestivo del cervello, la cui vasomozione si è fatta troppo sensibile dopo che il virus encefalitico ne ha offeso il sistema simpatico perivasale.

E alla stessa causa attribuisco l'insofferenza che questi malati mostrano per i calori (del sole, delle stufe, del focolare, dell'affollamento, ecc.). Molti malori improvvisi, insorti negli ultimi anni per effetto di una così detta «insolazione», non erano che manifestazioni congestive in postencefalitici, spesso ignorati. Io ho fatto più volte la diagnosi retrospettiva di encefalite, anche quando i pazienti assicuravano che il loro primo disturbo (cefalea e vomito, perdita di coscienza, attacco vertiginoso, ecc.) si era manifestato, non già nei mesi invernali, ma in quelli estivi. Così, se il male era insorto in luglio o in agosto, mentre il soggetto si

trovava sotto i raggi del sole cocente, io andavo a *dépister*, e per lo più non invano, i primi episodi dell'encefalite, che risalivano al gennaio o al febbraio dello stesso anno.

Un altro segno dell'intolleranza che mostrano per lo più i postencefalitici per i calori, è dato dal fatto che il bagno caldo riesce per loro sempre dannoso, come io ho potuto, più volte, constatare. Dopo un bagno caldo, il neurastenico postencefalitico dice di star peggio di prima, lamentandosi di cefalea gravativa, di senso di confusione al capo, di leggera vertigine, ecc. Da parte mia, ormai son convinto che questa pratica è, per così dire, la pietra di paragone dei postencefalitici, tanto è vero che, fra me e me, parlo della « *prova del bagno caldo* », e mi guardo bene, dopo che l'esperienza mi è stata maestra su questo punto, di consigliarlo a simili malati, se non con speciali precauzioni (non temperature alte, breve durata, contemporanea applicazione di ghiaccio o di compresse fredde al capo, lavacri freddi alla faccia, al collo, al torace e agli arti superiori prima di asciugarsi), come ripeterò nel capitolo sulla cura.

8. - LA FAME D'ARIA.

Tutti questi malati, senz'essere degli asmatici, hanno la tendenza naturale, quando non sentano il bisogno imperioso, di andare sempre all'aria libera e nei luoghi aperti, perchè si sentono come oppressi dall'aria consumata e come soffocare nei luoghi chiusi. La patogenesi di questo sintoma, che è caratteristico, che non ha nulla da fare con la claustrofobia perchè non è di origine psichica, certamente ha le sue radici in un substrato organico-neuro-vegetativo, cioè in un perturbamento vago-simpatico, e mi richiama alla mente, da un lato la micropnea di alcuni postencefalitici, e dall'altro quel fenomeno particolare, proprio di molti basedowiani, che hanno la sensazione di non poter dilatare abbastanza il loro torace, per inspirare l'aria sufficiente (*segno di Bryson*).

È cosa probabile, che anche quello speciale perturbamento del sistema vegetativo per il quale, non di rado, questi soggetti provano una sensazione di « *narici chiuse* », di « *gola strozzata* », ecc., possa entrare in campo nella patogenesi del sintoma, che, ripeto, verrà trovato quasi costante in questi nostri malati.

9. - L'OBESITÀ E IL DIMAGRIMENTO.

E' cosa rara che questi così detti neurastenici non vi denunciino qualche mutamento nel loro stato di nutrizione generale. In alcuni casi mostrano da qualche tempo un'insolita tendenza all'obesità, in altri ad un deperimento organico senza cause note. Mi pare che il primo caso sia meno frequente del secondo, ma ha però un'importanza diagnostica maggiore. Se voi infatti sentite dire da un paziente, venuto a consultarvi in questi tempi per nervosismo, che da qualche anno «ingrassa» senza sapere il perchè, sospettate l'encefalite epidemica, mettetevi in guardia e ponetevi alla sua ricerca.

Non intendo qui veramente di riferirmi all'obesità postencefalitica di alto grado, notata da diversi osservatori (Livet, Nobécourt, Babonneix, Netter, Roger, Stiefler, Ruge, Hoge, Sarbò, Zalla, Bertolani, Sartorelli, ecc.), i quali riferirono anche esempi di malati che aumentarono in peso perfino 20-30 Kg. nel corso di pochi mesi, come io stesso ho potuto constatare in due o tre casi. Parlo qui di un'aliposità più discreta, cioè di un aumento di alcuni Kg. (4-6-8-10).

Più rara è la *macies*, cioè il deperimento organico di alto grado, che, come avviene in molte forme tubercolari, diserasiche, cachettiche, spesso non si emenda nemmeno per effetto dell'iper nutrizione e di farmaci più potentemente eutrofici (arsenico, ecc.). Io ho, per es., avuto in cura una signorina postencefalitica di 20 anni, che pesava soltanto 30 Kg., e che da quando era malata, cioè da 3 anni, aveva perduto più di 20 Kg. del suo peso. Orbeni, anch'è dopo aver istituito una cura d'ipernutrizione che essa ha tollerato abbastanza bene, con riposo assoluto a letto, in un mese non ha acquistato nemmeno mezzo chilogramma, ed è ancora, come era prima, uno «*hætro vivente*». Quantunque l'ereditarietà fosse negativa, e nonostante che precedenti esami radioscopici, ecc., avessero esclusa la tubercolosi, la malata, in rapido volgere di tempo, come si poteva aspettare, ha presentato sintomi importanti di infiltrazione apicale.

Come è noto, avviene che parecchi postencefalitici, specialmente se predisposti, son da ultimo portati dal deperimento organico progressivo e dalla micropnea verso questo loro ultimo destino.

A prescindere da questi limiti estremi di obesità o di *macies* (le forme marantiche della *Létargica* vennero studiate, in Francia, da Mlle G. Lévy), quello che più importa di sapere a noi, in quanto qui ci occupiamo soltanto della neurastenia postencefalitica, si è il fatto che il malato risponde il più delle volte al medico che l'interroga su questo punto, come da quando egli non è più in salute abbia potuto notare che lo stato di sua nutrizione generale è instabile ed oscillante: in un mese egli aumenta, per es., di due o di tre chili in peso, e in un altro mese li perde. Comincio fin d'ora a richiamare tutta l'attenzione degli osservatori su queste disfunzioni periodiche (ved. le crisi).

10. - MOTILITÀ E RIFLESSI.

Disturbi veri e propri della motilità attiva e di quella passiva si può dire che generalmente esulano da questo campo, perchè, quando sono presenti (pareti di carattere extrapiramidale, ipo-od ipertonìa, ecc.), allora ci troviamo in un territorio diverso e più irto di triboli, com'è quello dell'*amiostasia* conclamata e del parkinsonismo costituito. La neurastenia sintomatica, della quale qui si tratta, è un fantasma più inconsistente, e dà le sue rappresentazioni pseudo-neurotiche in un mondo più sereno che, pur avendo le strutture reali dell'organicità, ha tutte le apparenze ingannatrici della funzionalità.

E lo stesso dicasi dei riflessi, che portano qui poca luce al diagnosa. I cutanei sono presenti, i tendinei, specie i rotulei, sono però, non di rado, vivaci e «scatto» (*). E' possibile qualche volta riscontrare una piccola differenza fra i due lati del corpo, e in questo caso trattasi di un segno rivelatore che non si tarderà ad annettere all'*emi-sindrome*, o alla *sindrome lateralizzata* in una metà del corpo (ved. questa). Il clono dei piedi e ogni altro sintoma della serie piramidale, con a capo il riflesso di Babinski, non appartengono naturalmente al nostro quadro nosologico. Ho notato rare volte l'esagerazione del riflesso oculo-palpebrale (ammiccamento esagerato per percussione della radice del nas.), che, secondo Guillaum, sarebbe frequente nei postencefalitici.

* C. M. G. - I riflessi nelle lesioni le sive motorie extrapiramidali.
Pr. Med. Soc. Med. 1922

11. - VITA SEXUALIS.

Per regola generale, se non assoluta, il neurastenico metencefalitico è colpito anche nelle sue funzioni sessuali. Non si tratta qui dell'esagerazione di questo istinto (eretismo, priapismo, tendenza alla masturbazione, all'esibizionismo, ecc.), e di quelle eccitazioni abnormi e precoci che vennero specialmente notate nei giovani in genere e nei fanciulli in ispecie, ma più spesso, invece, di una diminuzione della *libido* come della *potentia coeundi*, e, in qualche caso, di *ejaculatio praecox*, disordini tutti che si presentano *ex novo*, in soggetti nei quali prima della malattia la funzione si compiva regolarmente.

La frigidità sessuale si verifica non di rado anche nella donna, nella quale, notisi bene, spesso insorge, dopo l'infezione, una dismenorrea che mette a dura prova, e qualche volta porta ad interventi inopportuni, i ginecologi che non siano illuminati su questo punto. (1).

Debbo infine avvertire, che la gravidanza, perchè costituisce un centro di richiamo per il virus, peggiora tutte le encefalitiche, siano esse parkinsoniane o semplicemente neurasteniche.

Oltre a ciò, è da sapere che i *menses* modificano sempre, e per lo più in senso peggiorativo, le condizioni delle malate.

Per quanto poi riguarda la patogenesi di questo torpore postencefalitico della vita sessuale, specialmente nell'uomo, dirò che alcuni autori fanno entrare in gioco la sofferenza primitiva delle ghiandole corrispondenti, direttamente e precocemente colpite dal virus dell'encefalite epidemica. Noi non dobbiamo negare questa possibilità, ma siamo per vero inclini ad annettere, all'infuori della componente endocrina, una compartecipazione di più alto livello. Pensiamo cioè all'offesa primaria della funzione sessuale (la cui localizzazione ci è ancora ignota, ma deve comprendere centri neuro-vegetativi) in quel cervello intermedio che probabilmente regola questa, come alimenta, oggi lo sappiamo, ben altre funzioni vegetative del nostro corpo (regolazione del

(1) Consiglio i ginecologi di consultare, a quest proposito un recente articolo di Hense (Zur Frage der Dysmenorrhoe bei Neuroinfectionen - *Archiv f. Gyn.* - Norddeutschl. Med. Grenz. - Leipzig - Rosen - Nro. 24 25 N. 1925).

calore, della nutrizione, ecc.). Basterà qui ricordare, che, per es. il Leshke, riconosce l'esistenza di un centro dell'erezione nell'ipotalamo.

12. - LE FORME IPERTERMICHE.

Preseindendo dalle sensazioni causalgiche o di calore vampante, che costituiscono un incomodo notissimo nel morbo di Parkinson, sappiamo che disturbi analoghi si possono presentare, oltre che nelle sindromi pseudo-parkinsoniane, anche in quelle pseudo-neurasteniche dell'encefalite letargica. Devesi inoltre sapere che, in quest'ultima malattia, da alcuni autori (Economo, Ihermitte, Laignel-Lavastine, ecc.) vennero anche constatate delle ipertermie d'origine centrale, già segnalate nel *morbus Parkinsonii* da Apollinari, da Fuchs, da Gowers, da Leva, da Bertagnoni, da Grasslet, ecc. Sicard verificò un'inversione del ritmo termico (temperatura mattutina più elevata della serale, temperatura rettale meno elevata dell'ascellare), e il Mammele una ipertermia abituale in un bambino. Lo stesso A. ha del pari osservato ipertermia abituale in un caso di sclerosi dei gangli sottocorticali, ipertermia che cedeva all'oppio anziché al piramidone. Fuchs riferì la storia di alcuni ammalati i quali, invece che da sensazioni di calore, venivano incolti da crisi di algidità, e Ceconi osservò che in qualche paziente di encefalite letargica la febbre era dissociata e aveva comportamento così speciale «da far pensare ad un fenomeno di sede».

Esempi di encefalite epidemica cronica a forma ipertermica vennero riferiti da Ledoux, e iper-piressia post-mortale dal Bingle oltre che dall'Iligier, che, in due casi di encefalite, vide la temperatura salire, *sub finem vitae*, a 41°—42°.

Lo Stern, che nella sua preziosa monografia sull'encefalite epidemica dice di aver notato delle leggere elevazioni termiche (37,5°, 37,8°), periodiche, non giustificate da alcun specifico processo morboso, fa osservare come sia ancora incerto il problema riguardante la febbre d'origine centrale (eccitazione o paralisi di centri termoregolatori) per lesione del cervello intermedio (*Hirustamnfieber*) e forse anche dallo Striato, e dice che disturbi durevoli della regolazione termica, per lesioni irreparabili di vie o di centri preposti alla termo-regolazione (tronco celebrale, ipotalamo, corpo striato), non vennero constatati. Io però son del pa

rere che, molte volte, invece, non vennero ricercati. Non debesi, per es., dimenticare che un malato di encefalite epidemica, studiato dal Lhermitte, ebbe per due anni una temperatura oscillante fra $38,5^{\circ}$ - 40° , e che un altro esempio di encefalite cronica a forma ipertermica, con temperatura oscillante di 38° - 42° , venne, come già si disse, studiato dal Ledoux. Anche in un mio caso, l'ipertermia postencefalitica serotina, in una giovane signora, continua da 3 anni e fa difetto (strano fenomeno che conferma una volta di più l'attiva compartecipazione del simpatico, durante la mestruazione) soltanto nelle ricorrenze dei *menses*. In quest'ammalata avvi inoltre un comportamento paradossale della temperatura, che, all'opposto di quanto si verifica in condizioni fisiologiche, diminuisce dopo i pasti. Questa osservazione venne fatta per primo dal Runge, che studiò particolarmente i disturbi della temperatura in 25 amiostatici cronici dell'encefalite letargica, facendo notare che «Die Amyostatiker zeigen häufiger eine Abnahme als Zunahme der Körpertemperatur nach der Nahrungsaufnahme».

Ricordiamo infine che il Fischer, in un encefalitico con clonie ritmiche nella metà sinistra del corpo, constatò che la temperatura febbrile, determinata da un decubito, era più alta in questa che nella metà opposta del corpo, e più tardi, all'esame anatomico, poté notare che i gangli-opto-striati di destra erano gravemente interessati, mentre scarse erano le lesioni in quelli di sinistra. In un caso di Misch, c'era febbre intermittente fino a 41° , che cessava nel sonno. Ipertermia periodica fra 40° - 41° venne riscontrata dal Meyer, che attribuisce il fenomeno ad un disturbo nel territorio del *nucleus periventricularis* dell'ipotalamo.

Oltre a quello surricordato, io posso assicurare di aver veduto altri 10 o 12 esempi di ipertermia post-encefalitica.

Febbricole leggere, periodiche, orariali, spesso di tipo vespereale, aventi un comportamento paradossale, si presentarono più volte, in questi ultimi anni, nei postencefalitici, anche in quelli ignorati e pseudo-neurastenici, per mettere a soqquadro i medici europei che spesso, dopo numerose indagini cliniche, emisero diagnosi di «febbre criptogenetica» o, ben peggio, giudicarono trattarsi di «febbre etica».

La diagnosi di tubercolosi, patente o latente, viene poi spesso suffragata, nei nostri neurastenici, da un deperimento organico che, come si disse, può essere impressionante, ma che, in realtà, non è dovuto all'infezione bacillare, bensì è determinato diretta-

mente dalla malattia di Economo. Ebbene, si tratta invece, in tutti questi casi, di sintomi di sede. Così la febbre, anzi l'ipertermia, come il dimagramento, stanno in relazione diretta con lesioni encefalitiche dei nuclei *tuberis cinerei*, cioè a dire con lesioni di alcuni centri nervosi preposti alla termoregolazione e di altri deputati al ricambio dei grassi. Ecco il fatto, sul quale il medico non è sempre ben illuminato. Perchè da un lato gli manca questa semplice nozione fisiologica, e perchè ignora dall'altro che l'encefalite epidemica, vulnerando questo territorio anatomico basilare può accendere ipertermie leggere o gravi, permanenti o episodiche, per queste sole ragioni, diciamo, egli brancola nell'incertezza quando si trova al cospetto di un malato febbricitante, nel quale non trova una ragion sufficiente che spieghi la febbre. E perchè, non di rado, questa è, già lo si disse, di tipo etico, vespereale (come alcune crisi encefalitiche d'ordine diverso, cioè gli attacchi dispoici, l'agitazione psico-motoria, ecc.); e poichè tutte le ricerche hanno escluso la malaria larvata, quelle serologiche han posto fuor discussione altre possibili infezioni, e le immagini radiografiche, se anche non diedero reperti apicali positivi hanno mostrato delle ombre ilari più o meno evidenti e più o meno sospette, è naturale che, per interpretare la misteriosa malattia di un paziente, spesso in età giovane, il quale va soggetto a febbricole verso sera, deperisce continuamente, se anche non ha tosse ha però sudori notturni e conta nella sua genealogia uno zio morto di tubercolosi, il medico si mette su questa via che non è la maestra e finisce con formulare un giudizio che, per la sua gravità, mette naturalmente in ansia una famiglia e piomba nella disperazione il malato, il quale, oltre a ciò, in seguito alla somministrazione di sieri e alla inoculazione di vaccini, i quali possono provocare fenomeni anafilattici in organismi che hanno scarsi poteri difensivi e danno reazioni anormali, generalmente vede, dopo il trattamento specifico, peggiorare le proprie condizioni di salute.

Ma v'ha dell'altro. La simulazione della tubercolosi da parte dell'encefalite epidemica può essere ancora più completa. Io ho infatti notato che, in qualche raro caso di emisindrome postencefalitica, il paziente presenta leggeri sintomi catarrali (1) nel pol-

(1) Sono ancora di diversa specie vennero notati nell'encefalite epidemica anche da Aronson (Società scandinava 1925). Debbo, a questo punto, accennare anche all'osservazione di processi catarrali della stessa natura.

mone del lato omologo, specialmente all'apice, e so che un tale reperto ha più volte lasciato perplessi i miei colleghi. Dò l'avvertimento ai tisiologi, affinchè sieno illuminati sulla possibilità di un tale fenomeno, che io suppongo in rapporto con un fatto di ipersecrezione bronchiale (analogo all'ipersecrezione salivare, lacrimale, intestinale, ecc.), anzichè d'infezione bacillare. (1)

Per scoprire adunque che queste elevazioni termiche, complicanti qualche volta il quadro della neurastenia postencefalitica, non son febbri ma semplici ipertermie di origine centrale, l'osservatore si fonderà sul loro comportamento, spesso insolito e paradossale, sulle loro comparse orariali, sul fatto della loro dissociazione spesso di tipo meningitico (polso, respiro) senza sintomi meningei, sulla particolarità già ricordata del loro abbassarsi di qualche decimo, anzichè innalzarsi, dopo i pasti, e infine sulla eventuale differenza esistente fra i due lati del corpo (lo stesso fatto venne notato nella così detta febbre isterica).

Non occorre aggiungere, che la diagnosi verrà confermata da due altri elementi, negativo l'uno e positivo l'altro. Il negativo sta naturalmente nell'escludere ogni altra malattia piretogenica, e il positivo consiste in un fatto molto semplice, ma per vero non sempre molto facile per chi non conosca a fondo il quadro infini-

(1) A proposito della facilità con la quale il clinico può cadere in errore diagnosticando una tubercolosi polmonare quando questa non esiste (come microscopico dell'o sputo) e si vede smaltita a mezzo di un'alta coltura (o per un ricordo che di questa malattia può far parte anche una sintome emorragica) la grande ne angustia per ora, ma che emettilo osentem, ecc. e che è stato notato dall'Hall *Lancet*, 14 Aprile 1923) e la qualche altro, sindrome che è evidentemente una fra le numerose manifestazioni neuro-vegetative della malattia. E conono.

Oi dunque quando si suppone che la Letargia — protiforme e me — isterismo — può dare non solo il deperimento organico, la febbre, i sudori, la tosse (in caso di tubercolosi) che i disturbi gastro-ecetici, ma perfino il catarro bronchiale e l'emottico (io ho osservato 2 o 3 di questi casi) è cosa naturale che l'errore diagnostico sia facilissimo, ed è necessario che il patologo dia la sua voce per lanciare questo monito ai clinici. Devo dire che in questi ultimi anni non è una volta suscitato allarme infinto. Desidero che si veda a questo punto un lavoro di De Mott *Ann. N. S. 1911* (1) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (2) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (3) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (4) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (5) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (6) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (7) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (8) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (9) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (10) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (11) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (12) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (13) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (14) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (15) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (16) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (17) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (18) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (19) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (20) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (21) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (22) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (23) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (24) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (25) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (26) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (27) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (28) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (29) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (30) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (31) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (32) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (33) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (34) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (35) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (36) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (37) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (38) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (39) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (40) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (41) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (42) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (43) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (44) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (45) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (46) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (47) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (48) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (49) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (50) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (51) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (52) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (53) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (54) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (55) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (56) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (57) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (58) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (59) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (60) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (61) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (62) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (63) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (64) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (65) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (66) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (67) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (68) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (69) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (70) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (71) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (72) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (73) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (74) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (75) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (76) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (77) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (78) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (79) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (80) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (81) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (82) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (83) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (84) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (85) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (86) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (87) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (88) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (89) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (90) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (91) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (92) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (93) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (94) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (95) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (96) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (97) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (98) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (99) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (100) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (101) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (102) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (103) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (104) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (105) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (106) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (107) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (108) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (109) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (110) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (111) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (112) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (113) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (114) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (115) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (116) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (117) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (118) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (119) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (120) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (121) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (122) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (123) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (124) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (125) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (126) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (127) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (128) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (129) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (130) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (131) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (132) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (133) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (134) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (135) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (136) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (137) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (138) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (139) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (140) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (141) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (142) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (143) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (144) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (145) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (146) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (147) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (148) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (149) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (150) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (151) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (152) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (153) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (154) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (155) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (156) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (157) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (158) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (159) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (160) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (161) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (162) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (163) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (164) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (165) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (166) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (167) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (168) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (169) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (170) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (171) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (172) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (173) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (174) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (175) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (176) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (177) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (178) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (179) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (180) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (181) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (182) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (183) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (184) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (185) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (186) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (187) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (188) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (189) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (190) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (191) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (192) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (193) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (194) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (195) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (196) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (197) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (198) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (199) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (200) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (201) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (202) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (203) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (204) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (205) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (206) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (207) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (208) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (209) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (210) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (211) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (212) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (213) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (214) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (215) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (216) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (217) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (218) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (219) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (220) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (221) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (222) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (223) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (224) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (225) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (226) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (227) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (228) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (229) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (230) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (231) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (232) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (233) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (234) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (235) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (236) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (237) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (238) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (239) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (240) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (241) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (242) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (243) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (244) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (245) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (246) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (247) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (248) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (249) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (250) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (251) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (252) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (253) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (254) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (255) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (256) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (257) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (258) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (259) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (260) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (261) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (262) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (263) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (264) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (265) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (266) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (267) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (268) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (269) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (270) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (271) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (272) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (273) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (274) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (275) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (276) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (277) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (278) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (279) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (280) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (281) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (282) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (283) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (284) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (285) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (286) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (287) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (288) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (289) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (290) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (291) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (292) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (293) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (294) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (295) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (296) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (297) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (298) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (299) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (300) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (301) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (302) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (303) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (304) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (305) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (306) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (307) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (308) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (309) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (310) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (311) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (312) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (313) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (314) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (315) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (316) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (317) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (318) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (319) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (320) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (321) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (322) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (323) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (324) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (325) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (326) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (327) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (328) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (329) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (330) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (331) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (332) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (333) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (334) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (335) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (336) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (337) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (338) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (339) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (340) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (341) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (342) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (343) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (344) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (345) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (346) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (347) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (348) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (349) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (350) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (351) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (352) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (353) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (354) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (355) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (356) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (357) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (358) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (359) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (360) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (361) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (362) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (363) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (364) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (365) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (366) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (367) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (368) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (369) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (370) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (371) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (372) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (373) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (374) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (375) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (376) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (377) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (378) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (379) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (380) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (381) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (382) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (383) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (384) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (385) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (386) e di J. J. R. *Ann. N. S. 1921* (387) e di J. J.

tamente poliformo e le manifestazioni indicibilmente subdole di questa malattia, cioè nel fare, nella persona del febbricitante, pseudo-neurastenico e pseudo-tuberoso, con l'aiuto di un'anamnesi serrata e con il corredo di un esame obbiettivo minutissimo, la diagnosi di encefalite epidemica.

13. - LE FORME NEURO-VEGETATIVE.

E' cosa nota che nell'encefalite di Economo i perturbamenti di natura simpatica (disturbi vasomotorii e secretorii, ipertermia localizzata, disturbi gastro-intestinali, ecc.) sono generalmente presenti. In una serie di casi, questi speciali disordini furono anzi così prevalenti, che alcuni autori individualizzarono forme «neuro-vegetative» e forme «viscerali» della neurastite epidemica (Netter, Laignel-Lavastine, Higier, Campanacci, ecc.).⁽¹⁾

Orbene, io debbo qui richiamare la più grande attenzione dei medici su questo fatto, perchè, se sonvi stati neurastenici postencefalitici che simulano a meraviglia le classiche forme neurotiche, e se esistono quadri patologici che possono riprodurre con una apparenza ingannatrice la malattia di Beard, dando luogo a facili errori diagnostici, sono precisamente gli esiti remoti di queste forme neuro-vegetative della *Lettargica*. Una rassomiglianza così sorprendente, serve anzi ad ammonirci quanto debba essere grande la parte che gioca il sistema organo-vegetativo nel teatro anatomico delle psiconeurosi.

In questi casi di neurastenia postencefalitica, sostenuta da una lesione elettiva e quasi esclusiva del detto sistema autonomo per effetto del virus encefalitico, mancano infatti spesso le discinesie e le distonie che potrebbero metterci sulla buona via della diagnosi, e tutto si riduce ad una sindrome quasi esclusivamente subiettiva (parestesie di ogni specie, disturbi vasomotorii che si direbbero psicogenetici, disturbi gastro-enterici di apparenza nevrosica, disordini cardiaci che sembrano di tipo funzionale, crisi che presentano tutti i caratteri rivelatori di una origine francamente nevrotica, stato mentale variabile, di marca isteroide, ecc.).

(1) V. proprio la «sindrome neuro-vegetativa» in genere, della loro importanza clinica e infondata recente v. l'opuscolo di Denzinger sulla «Lettargica» in Venezia.

Oltre ai disturbi vasomotorii (iperemia congiuntivale e gengivale, facile pallore o arrossamento del volto, ecc.), secretorii (epifora, scialorrea ⁽¹⁾ o xerostomia, crisi sudorali, ecc.), ed oltre agli stati ansiosi, ⁽²⁾ le parestesie son qui particolarmente numerose, multiformi e stranissime: sensazioni di prurito, di formicolio, di brivido o di bruciore, ⁽³⁾ di tremito viscerale, di spasmo all'ano o di bolo alla gola, di mancamento del corpo o di scomparsa d'un arto, ecc. Una mia paziente, curata da parecchi anni come una neurosica funzionale, che era una rappresentante tipica delle forme neuro-vegetative pure postencefalitiche, oltre alla sensazione vaga e indistinta di sollevarsi dal terreno o dal letto, di volare, di «sciogliersi», quasi il suo corpo scomparisse e il suo «spirito dilleguasse nell'aria», ed oltre ad accusare, per crisi, delle sensazioni di odori nauseanti, provava a volte la strana impressione di un'ondata di vento che le sferzasse il corpo, specialmente notisi bene, nella sua metà sinistra (ved. *emisindrome*), tantochè si volgeva per vedere se una porta era aperta o se una finestra era spalancata. Orbene, queste speciali «sensazioni aeree», che richiamano alla mia mente quelle delle «aure» epilettiche, e quelle altre surricordate di «perdita di arti, di metamorfosi o di dissoluzione del corpo», che mi fanno pensare al fenomeno della «depersonalizzazione», così frequenti negli stati psicastenici e così ben descritti dagli autori francesi (P. Janet, Raymond), senza dubbio sono manifestazioni di primitiva origine neuro-vegetativa. E lo stesso dicasi di un altro fenomeno, noto nell'encefalite epidemica, che viene qualche volta presentato dai suoi neurastenici, e sul quale io richiamo tutta l'attenzione del medico, cioè della *bulimia*, più di rado della *polidipsia*, che qualche volta insorgono per crisi, come la sonnolenza (fame postencefalitica).

E a questo punto, per associazione di idee, debbo qui far cenno di un altro fatto, sul quale venne da tempo richiamata la mia attenzione studiando le sibilomi postencefalitiche, cioè sull'

(1) Ho notato che spesso i postencefalitici hanno una epifora, secca, e qualche volta emorragica.

(2) Disturbi d'ansia, che vice-similmente vanno re-afagiti, d'ansia, di paura, di timore, ecc., furono notati di rado, come io stesso ho notato manifestazioni simili nell'encefalite epidemica.

(3) Le tremole carnicie che non sono rare, vengono osservate da alcuni Autori (Stern, O. Rossi), e da me stesso ricordate.

modificazioni che si verificano nel quadro clinico dopo il pasto. Pur questo è un fenomeno strano, e anche per la sua apparente stranezza dev'essere, secondo me, messo in conto di un'iniziale perturbamento neuro-vegetativo. Intendo di riferirmi al fatto, che, appena dopo il pasto, il postencefalitico (neurastenico o non neurastenico) avverte, non di rado, la comparsa di sintomi che nei periodi intervallari eran rimasti silenziosi, o nota l'aggravamento di altri preesistenti (crisi di sonnolenza, di sbadiglio, di astenia, di tremore, di parestesia, di malinconia, ecc.). Anzi, quando si pensi che una semplice replezione dello stomaco può, per via d'influenze simpatico-vagali, suscitare tutto questo complesso fenomenologico, vien fatto di pensare che, forse, il perturbamento del sistema neuro-vegetativo gioca una parte predominante nelle manifestazioni amiotatiche, e, in ogni caso, è così intimamente connesso con quello del sistema extrapiramidale, da doversi addirittura parlare di un blocco funzionale extrapiramido-vegetativo.

In tali evenienze, l'esame obbiettivo, come si disse, rimane spesso senza reperti, per modo che il medico è tratto naturalmente a mettere in conto dell'isteria o della neurastenia tutt' questo complesso sindromico vago e indeciso, pieno di ombre ma senza corpi, che par fatto di parvenze e non di essenze, d'immaginazioni e non di realtà, di funzionalità e non di organicità.

Metto dunque in guardia l'osservatore, perchè sappia di trovarsi qui in un campo pieno di apparenze fallaci, che possono con estrema facilità illudere i suoi occhi e condurre in errore il suo giudizio.

Un'anamnesi minuta, una contemplazione attenta, una valutazione precisa, una ricerca instancabile sulla traccia di qualche grande chiave di volta (disturbi del sonno, clonie fascicolari, latenza di realizzazione dei sintomi, localizzazioni regionali e sempre uguali di siffatte rappresentazioni fantomatiche, loro comparsa periodica, ecc.), son tutti elementi che s'impongono all'acuta disamina dell'osservatore, che corre qui un pericolo grandissimo di scambiare la funzionalità con l'organicità e di diagnosticare una neurastenia psicogena invece di uno stato neurastenico neurogeno o fisiogeno, di confondere una forma primitiva e protopatica con una forma secondaria, sintomatica, organopatica o somatica che si voglia.

Il Laignel-Lavastine ha fatto, a questo proposito, una constatazione alla quale io mi associo, perchè vien confermata dalla mia pratica personale e perchè le accordo un grandissimo valore. Quando, egli dice presso a poco, in questi tempi vi si presenta un malato con una sindrome neuro-vegetativa tipica, iniziata *ex novo* da qualche mese o da qualche anno, indirizzatevi verso il gran mondo dell'encefalite epidemica, poichè quel solo sintoma (scialorrea, epifora, sudorazione, sensazioni causalgiche, nevrosi d'angoscia, parestesie cardiache, disturbi vasomotorii, specialmente circoscritti, ecc.), il più delle volte è sufficiente, da solo, a giustificare una simile diagnosi retrospettiva.

14 . LE MANIFESTAZIONI GASTRICHE.

Mentre esiste una forma gastrica dell'influenza, una forma analoga dell'encefalite epidemica, veramente, non venne distinta da alcun autore e si può ben dire che, in realtà, una tale distinzione non sarebbe qui giustificata. Io intendo soltanto di riferirmi a quelle sindromi encefalitiche croniche, nelle quali i sintomi da parte dello stomaco in ispecie, anzi dell'apparato digerente in genere, son così predominanti e così clamorosi, costantemente o periodicamente, da imporsi alle lagnanze del malato e alle considerazioni del medico.

Comincio subito col dire, che uno dei fenomeni più comunemente presenti in quel pallido complesso postencefalitico che si può dunque chiamare «neurastenia postencefalitica», è quello della «lingua impatinata». Questo fenomeno persiste per mesi o per anni dopo l'episodio iniziale ed è permanente, oppure, il più spesso, compare a periodi abbastanza vicini fra loro. E' da tempo che io ho rivolta la mia attenzione su questo sintoma, al quale vorrei applicare la denominazione di «*leucoplusia linguale postencefalitica*». Il malato ha la lingua biancastra, talora con vaste desquamazioni al dorso o ai margini. Il medico fa diagnosi di catarro gastrico e dà purganti, ma il fenomeno si ripresenta poi, invariabilmente. In alcuni casi, anche le gengive son tumefatte e sanguinanti, talchè, qualche volta, in simili evenienze, ho udito parlare di «stomatite». In realtà, non trattasi di gastrite, di glossite o di stomatite, ma di un'altra cosa, molto semplice, vale a

dire di manifestazioni neuro-vegetative dell'encefalite letargica (1).

In questi neurastenici son di regola l'anorexia e la dispepsia, con accompagnamento di tutte quelle parestesie gastriche già descritte nella malattia di Beard (senso di peso, di tumefazione, di costrizione, di languore, di calore, di battito all'epigastrio, ecc.). Anche siffatti sintomi, che son di pura e primitiva origine nervosa simpatica, si presentano o si accentuano a periodi e seguono tutte le vicende delle altre manifestazioni di diversa natura, collegate al treno fenomenologico tardivo della malattia di Economo. Le cure dietetiche, purganti, stomatiche ed eupeptiche, che in altri casi posson essere utili, nel nostro non riescono a debellare gl'incomodi che vanno e che vengono, per lungo tempo, con una impassibile uniformità e con una insolita ostinazione. Il medico, al cospetto di una così ribelle gastropatia, dà pasti di prova, esamina succhi, pratica lavande gastriche, guarda radiografie e finisce col fare la comune diagnosi di «atonìa o dilatazione gastrica», dando pepsina, acido cloridrico e pasti lillipuziani, per non ingombrare lo stomaco.

Ma qualche volta si presenta un sintoma ben più impressionante, cioè il vomito. Questo fenomeno è notissimo nell'encefalite letargica, che, in alcuni casi, lo si sa, s'iniziò con vomito incoercibile (della durata di cinque giorni in un mio malato); noi però intendiamo ora di riferirci soltanto a quei vomiti che qualche volta insorgono, per così dire a cielo sereno, tardivamente, parossisticamente (vomiti vesperali furono osservati da P. Marie) in postencefalitici ignorati, e che posson metter nell'imbarazzo il

(1) Sospetto che i fenomeni analoghi, spesso presenti nelle malattie mentali (come ad es. nell'melancolia) e dov'è vagamente attribuiti ad una «intossicazione» abbiano un'origine primitiva, invece neuro-vegetativa. Lo stesso Benon, considerando oggi i momenti iniziali dell'melancolia, così scrive, in riferimento al proposito dei fenomeni d'autointossicazione: «Sunt-ils primitifs? Ne sont-ils pas secondaires? N'est-ce point là en présence d'accidents qu'on doit considérer comme l'effet et non comme la cause de la maladie?». *La Melancolie, Deim, Paris 1925, pag. 23.*

Or bene, dopo le più recenti indagini circa le funzioni del sistema autonomo, vago-simpatico io sono inclinato a credere che molti di quei disturbi del ricambio che si considerano così nelle forme mentali come in quelle nervose (vedi neurastenia, epilessia, ecc.) e che hanno per lungo volger di anni assillato le menti dei chimici (alla guisa per l'altro nel 1905) significhino, ciascuna, scorie in cui l'organismo maldeginato sono effetti obbligati di «crisi nervo-vegetative» cioè di scariche nervose, sufficienti, come ormai si sa, a perturbare d'un tratto nel nostro organismo tutto il regime del suo grande laboratorio chimico.

medico, il quale, se si trova specialmente dinanzi a soggetti giovani, che accusano piro-si e gastralgie (algie gastriche postencefalitiche), sospetta l'ulcera e s'incanquina per questa via, che è senza uscita. Infatti, così il fenomeno motorio (vomito) come quello sensitivo (gastralgia), son qui disturbi per lo più proiettati da meccanismi centrali e di più alto livello, cioè cerebrali. In realtà, per lesione dei centri si possono avere disturbi della motilità gastrica e intestinale (atonie, dilatazioni acute, paralisi, ecc.), come si possono manifestare disordini della peristalsi arteriale, ultimamente studiati dall'Ebbecke. Centri striati per i movimenti gastro-intestinali vennero già ammessi in passato da alcuni autori (Openchowski, Budge, Valentin, ecc.) non solo, ma si sa anche che antichi fisiologi, ledendo zone corticali del cervello, provocarono emorragie dello stomaco.

Nelle forme meta-encefalitiche, oltre a vere crisi gastriche, che simulano quelle tabetiche, possono insorgere, più di rado, crisi intestinali (borborigmi, dolori colici, dolori appendicolari, spasmi rettali, diarree, ecc.). La stipsi è di regola. Fenomeni di occlusione spastica vennero in questi anni osservati nell'encefalite epidemica da diversi autori (Mauclaire, Netter, Massari, Landi, Bolaffi, Lhermitte, Barrè e Reys, Dimitz, Kling e Liljenquist, ecc.), e spesso richiesero l'intervento chirurgico. Ma simili casi si son presentati soltanto nel periodo florido dell'epidemia e non fanno quindi parte della nostra breve rassegna, che riguarda postumi remoti.

Desideriamo soltanto di ricordare, che come esistono un'astenia, una distonia e una discinesia perturbanti l'attività di namogenica e l'equilibrio statico dei muscoli esterni (striati), esistono indubbiamente anche un'astenia, una distonia e una discinesia che portano il disquilibrio dinamico e statico dei tessuti muscolari interni (lisci) del nostro corpo, i quali regolano l'automatismo delle funzioni splanchniche. In altre parole, come vi è una funzione miodinamica e miostatica per gli arti, così esiste una funzione splanchnodinamica e splanchnostatica, tributaria degli stessi sistemi, o di sistemi nervosi analoghi. E con queste nozioni, non riuscirà difficile il comprendere come l'encefalite epidemica, possa, colpendo speciali centri cerebrali, striati o extrastriati, riprodurre anche sindromi gastriche di ordine motorio, come, colpendo corrispondenti centri sensitivi e neuro-vegetativi, può

Dopo quelle del capo vengono, per ordine di frequenza, le parestesie degli arti. Il pseudonevrastenico postencefalitico si lamenta di provare qualche volta un senso di brivido o di freddo intenso, di formicolio o d'intormentimento, oppure di mancamento, ecc., negli arti inferiori, più spesso in quelli superiori, e generalmente, non lo si dimentichi, con prevalenza da un lato (ved. l'emi-sindrome). In alcuni casi, la parestesia, che non è continua ma si presenta ad accessi (in rapporto con le ore della giornata, con i mutamenti atmosferici, con i commovimenti psichici, spesso dopo il pasto, ecc.), è sempre localizzata in una determinata regione, in un braccio, in una mano, in un solo dito della mano. Ora io richiamo ancora una volta tutta l'attenzione del medico su questo fatto, perchè un sintoma parestesico (algico, o paretico, o vasomotorio, ecc.) che si ripresenta sempre eguale in una stessa e limitata sede, assume un grandissimo valore per la diagnosi retrospettiva di encefalite epidemica. Ed il problema che riguarda la diagnosi di neurastenia postencefalitica si riduce naturalmente, in ultima analisi, ben lo si comprende, alla diagnosi di una progressa, per lo più lieve, abortiva, ambulatoria e, come ripeteremo, non di rado ignorata encefalite di Economo.

Oltre a quelle del capo e degli arti, dobbiamo far menzione delle parestesie accusate nel tronco (dorso, torace, addome). Qualche volta la «placca sacrale» da da *pendant* alla placca occipitale surricordata. A questo punto debbo soltanto sollecitare l'osservatore a por mente alle parestesie unilaterali del tronco, specialmente a quelle emi-toraciche, che coinvolgono contemporaneamente anche l'emi-faccia, o più spesso l'arto superiore omolaterale, che ci richiamano alla mente i disturbi obbiettivi della sensibilità a tipo cervico - o toraco - o faccio-brachiale, e che per questo loro complesso topografico debbono porre in guardia il ricercatore e indurlo nel sospetto di «lesione centrale», assenti essendo i grandi sintomi che permetterebbero la possibilità di una affezione radicolare e dei tronchi nervosi periferici (atrofia muscolare degenerativa, anestesia, dolorabilità alla pressione dei cordoni nervosi, ecc.).

Algie. Per quanto riguarda la loro sede, tutto quanto abbiamo sopra detto per le parestesie, vale anche per le algie. Questi speciali dolori dei nostri pseudo-neurastenici, che per lo più non sono intensi ma son tenaci, che generalmente non son continui ma si presentano ad intervalli, che assumono un tipo nevralgico

o mialgico, spesso di natura indefinibile, potranno dal neurologo venir più facilmente avvicinati alle simpaticalgie che alle nevralgie franche.

Sono infatti queste algie postencefalitiche (di origine simpatica o talamica più spesso che radicolare o periferica) quelle che danno luogo ai più comuni errori diagnostici da parte del medico pratico, che non sia abbastanza illuminato per scoprire il postencefalitico celato sotto la maschera del dolore, e che non sappia ricercare tutti gli altri piccoli segni che lo posson mettere sulla diritta via.

Orbene, bisogna sapere che queste algie erratiche (il nostro neurastenico, come si disse, qualche volta accusa sensazioni come di punture di spillo or qua or là) o localizzate, mentre alcune volte son sintomi per così dire inaugurali dell'encefalite epidemica e più tardi dileguano, in altri casi persistono per molti anni, con intensità variabile. E poichè il sintoma dolore è quello che qualche volta più travaglia il malato, spesso accade che il postencefalitico cronico ricorra al medico soltanto per guarire queste sofferenze e il medico, se non è accorto e considera il fenomeno isolato e per sè stante, senz'avvedersi che non è altro se non una fra le manifestazioni dell'encefalite progressiva, molte volte non denunziata perchè ignorata, corre gran rischio di errare nella diagnosi, e quindi nella prognosi e nella cura. Le diagnosi di «nevralgia, di mialgia, di reumatalgia, di reumatismo», son quelle più comunemente emesse, ma tutte erroneamente, e quand'anche il medico non sia sulle prime ben informato circa la genesi di tali algie, dovrebbe, per lo meno, esser posto sull'avviso in secondo tempo, *ex juvantibus*, quando cioè vede che non cedono ai comuni analgesici (metilene, aspirina, piramidore, antipirina, fenacetina, ecc.) e che, ben più, in seguito alla termoterapia (ad impacchi e a bagni caldi, a correnti d'aria calda, ad applicazioni di termofori, di fangature), a pratiche elettroterapiche, ecc., generalmente peggiorano anzichè migliorare, come migliorano invece i dolori così detti reumatici. E lo stesso effetto hanno le applicazioni di arena calda, in mezzo alla quale troppo spesso i medici inviano, sulle rive del grande mare, questi pazienti, che dopo alcune settimane non solo ritornano a casa con i loro dolori, ma spesso in peggiorate condizioni generali, perchè i raggi cocenti del sole caudale, come i bagni caldi e come tutte le cause congestionanti,

riescono, ed è facile il comprenderlo, deleteri per i cervelli dei postencefalitici.

Emi-algie facciali (io ne osservai cinque o sei casi) indussero, per es., alcuni odontoiatri non illuminati ad estrarre la maggior parte dei denti (!) in una donna di 50 anni e in un'altra di 37 anni, reduce quest'ultima dall'America, due postencefalitiche ignorate ma conclamate, che io ebbi in mia cura in questi tempi per «esaurimento nervoso».

Un altro errore che vedo abbastanza comune, è quello di confondere un'emi-algia toracica, di natura postencefalitica, cioè di origine centrale, con la *pleurite*. Sulle prime si parla di *pleuro-dinia*, e fin qui, il male non sarebbe grande, ma poi, siccome l'algia persiste a lungo, e d'altra parte l'orecchio del medico può essere ingannato da un debole e incerto rumore di sfregamento o di scricchiolio, egli fa diagnosi di *pleurite* (secca naturalmente, perchè l'essudato manca). E poichè si sa che la *pleurite*, molte volte se non sempre, è di natura tubercolare, s'iniziano cure specifiche, con qual vantaggio o con qual danno non v'è chi non veda.

E' dunque necessario che il medico sia posto sull'avviso. Quando, in questi tempi, gli si presenta un paziente lamentandosi di «nervosismo» e di «dolori reumatici» che perdurano invariati e che non guariscono mai, nonostante le diverse cure fisiche e farmaceutiche già tentate, egli corra diritto all'encefalite epidemica, per escluderla o per diagnosticarla. Sonvi qui alcuni segni indicatori, collegati al fenomeno «dolore». Quand'anche il malato accusi, per es., una prosopalgia, una brachialgia, un'algia toracica, dorsale, lombare, sacrale, ecc., come se si trattasse di un fenomeno di circoscritta sede, il medico insista nell'inchiesta per sapere se, in realtà, nel tempo presente o in quello trascorso, egli si è lagnato di qualche dolore, più o meno intenso e più o meno costante, anche in altre parti, vicine o lontane, e specialmente, notisi bene, nella metà omolaterale del corpo. Oltre a ciò, esaminando i tronchi nervosi che non son dolenti nei punti di elezione, i muscoli che non son dolenti alla pressione o alla contrazione (queste algie non vengono esacerbate dalla pressione o

* In qualche raro caso, il postencefalite assume una speciale manifestazione in tutti i denti, oppure in quelli di una sola metà superiore o inferiore. Può anche verificarsi il fatto che me risentano in un lato, per es. la dentatura superiore, mentre che l'altra, ad epoche, l'infiammazione si può manifestare in alcune zone, per es. in porzioni irregolari.

dalla percussione), le articolazioni che non risultano sensibili ai movimenti passivi, non si tarderà a comprendere che l'algia incriminata non appartiene a quelle « comuni » e ha qualche cosa di « speciale ». Infine, pur restando nell'orbita di questo fenomeno unico, senza mettere in luce tutti gli altri fatti che gli son compagni, l'osservatore potrà, il più delle volte, essere edotto sulla sua vera natura, rivolgendo al malato una semplice domanda per sapere se in corrispondenza della sede del dolore, quando questo insorge, egli abbia mai avvertito contemporaneamente un'istantanea scossa o palpitazione muscolare. Che se la risposta risulta affermativa, come nel maggior numero de' casi avviene, in quel riconoscimento di un'espressione algo-mioclonica egli troverà incluso il segreto diagnostico. Gli spasmi muscolari dolorosi, che posson esser gli esponenti di una lesione centrale o di un'irritazione radicolare d'altra natura, soltanto per la loro limitata sede, per il loro modo d'insorgere, per la concomitanza di disturbi obbiettivi della sensibilità, ecc., non costringeranno ad una laboriosa diagnosi differenziale il medico, che abbia digerito soltanto il primo pane fornitogli dalla Neuropatologia.

L'interrogatorio dev'essere sempre chiaro, assillante, implacabile. Il medico non deve mai lasciar sfuggire alle domande precise e deve sempre obbligare a risposte categoriche il malato che, in buona fede, tenta di divagare e di sfuggire al cerchio di ferro entro il quale il ricercatore deve rinserrare la diagnosi come una preda opima, e deve tenerla stretta come un tesoro impagabile.

16. - I DISTURBI SENSORIALI.

I disturbi degli organi sensoriali non assumono grande importanza nella sindrome che qui ci occupa.

A carico dell'orecchio ricorderemo l'iperestesia acustica e, sintoma più raro, il *tinnitus aurium*, oltre che le vertigini.

Circa il gusto, si sa che alcuni di questi neurastenici postencefalitici accusano, a momenti, delle sensazioni di « cattivo sapore della saliva ».

Per quanto riguarda l'olfatto, in qualche caso ho sentito menzionare un senso di prurito o di ostruzione nasale, oppure crisi inspiegabili di casosmia. Una giovane donna, che presentava una forma neuro-vegetativa postencefalitica, classica e ge-

neralizzata, si lagnava anche di frequenti corizze, che insorgevano rapidamente, eran di breve durata e comparivano a periodi, senza causa apprezzabile, ed alle quali essa non era andata mai soggetta in precedenza. Trattasi evidentemente di disturbi secretorii, di origine centrale, come la poliuria, l'epifora e la scialorrea dei postencefalitici.

Più comuni e più importanti per la diagnosi, in queste forme leggere e tardive della malattia di Economo, sono i disturbi visivi. Raro è lo strabismo funzionale, (1) più frequenti sono invece il torpore e l'ineguaglianza pupillare, la dissinergia nei movimenti associati dei bulbi, le scosse nistagmiformi, l'ambliopia periodica e fugace, specialmente, notisi bene, la vista torbida, la visione di luci colorate e l'astenopia. Alcuni di questi neurastenici vi diranno che si stancano la vista facilmente se leggono o si occupano in lavori minuti, e che vennero consigliati dall'oculista, uno, due o più anni addietro, a far uso degli occhiali, per correggere il loro difetto visivo.

Non sono eccezionali la fotofobia, la *nictatio frequens*, o per l'opposto la rarità dell'ammicciamento (segno di Stellwag), che è più frequente, ed il sintoma di Rosenbach, come non sono rare l'iperemia congiuntivale, la sensazione di bruciore o di corpi estranei, la dolenzia e la *gravedo oculorum*. Non manca, in alcuni pochi casi, l'epifora (uni o bilaterale), più frequente però nei postumi gravi dell'encefalite, come ad es. nel parkinsonismo.

Debbo infine accennare ad un disturbo speciale, che ho potuto constatare in alcuni di questi pazienti. Quando si conducono davanti ad una finestra e si mantiene fermo davanti ai loro occhi un dito per esaminare il comportamento delle pupille, essi si fanno irrequieti, deviano lo sguardo, chiudono le palpebre, trasaliscono, entrano in uno stato ansioso, dicono di non poter guardare fisso e di non poter adattarsi a questa semplicissima ricerca.

17. - LA RICERCA DELL'EMISINDROME.

Data la grande rassomiglianza che ha questa sindrome neurastenica con le comuni manifestazioni neurotiche, il medico può

(1) La plebia, che è sintomo di carattere monotono per lo sguardo, può essere, per lo più, manca o è rara e fugace (funzionale) nel neurastenico nevrotico. Il medico non dimentichi però di farla e questa inchiesta.

cadere con grande facilità in errore e considerarla alla stregua delle comuni neurastenie. Io gli ho già additato parecchi sintomi, che egli, non si dimentichi, dovrà sistematicamente ricercare senz'affidarsi unicamente alle deposizioni, per lo più imperfette e manchevoli, del suo malato. A malgrado di tutti quei segni differenziali, di quei sintomi indicatori, di quelle manifestazioni che son da considerare rivelatrici e caratteristiche, la diagnosi può, in qualche caso, rimanere incerta, specialmente per chi non ha ancora ben compreso il significato di questa sindrome. Orbene, c'è un reperto fatto per portar luce meridiana e per far d'un tratto dileguare ogni dubbio diagnostico, che potesse turbare la mente del medico. Posso affermare con tutta tranquillità che il reperto, quand'è presente in questi stati, è patognomonico. Non ammette dubbi, non permette critiche, pone al riparo d'ogni ingauno. Posso anche aggiungere, che tale reperto, se non costante, è però frequentissimo: basta soltanto saper metterlo in luce. E' presente per regola, e manca per eccezione. Forse, anche in queste eccezioni, anzichè mancare il fenomeno, è fallita l'attenzione dell'osservatore.

Si tratta di un fatto molto semplice, cioè della esclusiva o prevalente localizzazione di fenomeni, per quanto disparati, in una stessa metà del corpo (capo, tronco e arti).⁽¹⁾ Nel maggior numero de' casi, i disturbi accusati dall'esaminato (parestesie, dolori, disordini vasomotorii, mioclonie fascicolari, debolezza motrice, tremore, ecc.) son bilaterali ed erratici. «Or qua, or là» Questa è l'espressione del malato. E' cosa rara che la sindrome sia perfettamente dimidiata o lateralizzata. Ciò nonostante, una inchiesta rigorosa potrà spesso mettere in luce il fatto che tutti, o quasi tutti i sintomi sono prevalenti in una metà del corpo, destra o sinistra. Le combinazioni son molte: algie a tipo faccio-brachiale o toraco-brachiale, o emiplegico (emialgia); tremore più accentuato nell'arto superiore e in quello inferiore omolaterale (emitremore); parestesie prevalenti nell'emi-faccia destra e adiadococinesi evidente nella mano omonima; algie nell'emi-torace sinistro e parestesie nell'arto superiore dello stesso lato; clonie fascicolari più evidenti nell'emi-faccia destra e amiotonia maggiore negli arti omologhi: blefaroclono a sinistra e algie

(1) Non si esclude con ciò la possibilità di forme incrociate per es., leggero tremore nell'arto sup. destro e algie in quello infer. sinistro, ecc.

nell'ipocondrio sinistro; monotremore brachiale destro e parestesie nell'alluce del piede corrispondente; senso di calore vampante nell'emi-faccia e nella mano sinistra, con riflesso rotuleo di poco più vivo in questo lato, e via dicendo. Le associazioni di fenomeni che son di natura diversa (sensitiva, motrice, riflessa, vasomotoria, ecc.), ma che si presentano prevalenti in un lato del corpo, possono dunque essere numerosissime. Anche quel particolare fenomeno dell'abolizione, o più spesso della diminuzione dei movimenti pendolari automatici di un arto superiore durante l'incasso affrettato — sintoma amiostatico di eccezionale importanza — verrà sempre ricercato dal diligente osservatore quando egli ha intraveduta l'esistenza di un'emi-sindrome, specialmente se questa è di natura motrice (acinetica, ipercinetica, distonica, ecc.), condizioni nelle quali egli non trascurerà mai nemmeno l'esame della diadococinesi (*épreûve des marionnettes*).

Ora, quando il medico riuscirà ad individualizzare, ad accertare e a fissare, nello sfondo di un quadro d'apparenza neurosica, questa prevalente emi-sindrome, destra o sinistra, egli avrà in mano la chiave infallibile del segreto diagnostico. L'emi-sindrome è la più veritiera accusatrice di una malattia che non è uniformemente diffusa, ma è elettivamente localizzata nell'emisfero cerebrale opposto. E di una malattia organica. Emi-neurastenie «funzionali», che danno congestione o spasmi solo in una metà della faccia; che danno un'emi-algia con riflesso rotuleo un po' più vivace che nel lato opposto; che determinano senso di calore urtante o senso di freddo sempre in un solo dito; che originano invariabilmente un monotremore sinistro durante uno stato emotivo, ecc., dal neurologo sperimentato non son conosciute. Egli conosce sì un'emi-sindrome isterica, ma, per chi ha occhi da vedere, questa è *toto cotlo*, diversa dall'emi-sindrome pseudo-neurastenica post-encefalitica (*). Basti il dire come, per regola, sia unita ad un'emi-ipoestesia, che fa sempre difetto nella nostra sindrome pseudo-neurotica. Fra le malattie organiche poi, una sola ce n'è che potrebbe, in rare evenienze, dar adito alla diagnosi differenziale, cioè la sclerosi multiplice; ma il medico sufficientemente colto troverà in gran dovizia gli elementi, positivi e negativi, va-

(*) Consiglio anche psichiatri di cercare queste differenze emi-ateali di sintomi nell'igiene, quando si sospetti la genesi encefalitica di una psicosi di "dopo", natura

levoli per mettere fuori discussione, fin da principio, anche questa neuropatia organica, per quanto essa sia la più camaleontica, la più proteiforme e la più ingannatrice di tutte le sue consorelle. (1).

Ho già detto più sopra, che la neurastenia dei metacnefalitici è una grande sindrome encefalitica in miniatura. Orbene, la rappresentanza, come si vede, non manca nemmeno per quanto riguarda l'emi-sindrome parkinsoniana. L'esperienza ci ha infatti dato, su questo punto che riguarda la localizzazione, due insegnamenti. Il primo è questo, che cioè soltanto in casi eccezionali noi possiamo contemplare, durante tutta l'evoluzione del morbo, una emi-sindrome pura, cioè una sindrome perfettamente dimidiata. Ed il secondo è questo: fin dai primi tempi possiamo stabilire che la sindrome, quantunque sia bilaterale, è però prevalentemente unilaterale. Ora, volendo indagare la causa recondita di questo fatto, non si può accettare l'ipotesi troppo semplicista, che cioè il virus encefalitico debba sempre colpire più un emisfero e meno l'altro, ma bisogna invece supporre che, in realtà, uno solo sia generalmente colpito, vale a dire quello opposto al lato dell'emi-sindrome preminente, pensando però che anche l'altra metà del corpo, sia pure in grado molto minore, come nell'emiplegia comune, ne resti compartecipe, per effetto dell'innervazione bilaterale. Noi oggi sappiamo infatti, dalla fisiologia, che il Corpo striato comanda - come lo *Psychomotorium* - una prevalente innervazione controlaterale e una secondaria innervazione omolaterale.

18. - LE CRISI.

Le sindromi postencefalitiche rivelano il più delle volte, in mezzo al polimorfismo delle loro rappresentazioni, un fenomeno particolare che dev'essere qui ricordato perchè, secondo il mio giudizio, costituisce una caratteristica loro propria e valevole, da per sè sola, a distinguerle da quelle similari.

A prescindere da un'evoluzione che in molti casi avviene per *poussées*, desidero di far menzione di un oscillare di sintomi, di un loro manifestarsi per parossismi, di un loro comparire per crisi. Questi «accessi» o perturbamenti episodici, che consistono in comparse periodiche o in esacerbazioni improvvise di sintomi, si

(1) Per esempio, nel caso della «sindrome cerebrale postencefalitica».

notano anche nella neurastenia postencefalitica, come si osservano nelle grandi sindromi amiotatiche della malattia di Economo (cinesia paradossale, vomiti periodici, tachifemia parossistica, crisi oculari, sudorali, salivari, ipertoniche, asteniche, ipercinetiche, esacerbazioni vesperali, ecc.).

Il neurastenico dell'encefalite letargica vi racconterà infatti che a periodi, ad accessi, va soggetto a forte tachicardia o a leggera dispnea, a tremori o a sussulti, ad anoressia o a dispepsia, a stipsi o a diarrea, ad inerzia e ad abulia, ecc. Anche l'astenia, che è sintoma per lo più costante, come si disse, si accentua spesso per crisi, per lo più di breve durata, durante le quali il malato si sente come venir meno tutte le forze e quasi sfuggire la vita. Che una legge del ritmo domini tutte queste espressioni patologiche, è perfino dimostrato dal trofismo generale del postencefalitico, il quale per lo più vi risponderà, se voi l'interpellate, che da quanto non sta più bene aumenta e diminuisce di peso, a periodi alterni. Durante un mese, come sopra di enmo, guadagna, per es., due o tre kg., durante un altro mese li perde, è così di seguito. Tutto è oscillante, tutto è instabile, mutevole, periodico, accessuale o critico in queste strane rappresentazioni patologiche. Si direbbe quasi che gli accessi delle nevralgie e le «crisi nervose» delle psiconeurosi classiche son meno variabili e meno circolari di queste forme postencefalitiche, che mostrano spiccata tendenza ad andeggiamenti regolari e ad aggravamenti episodici e disordinati.

E quello che si dice per ciascun sintoma, sia questo di natura motrice (ipercinesia), sensitiva (algia o parestesia), oppure vasomotrice, termica, trofica, mentale, (1) ecc., vale per la sindrome complessivamente considerata. Tutti questi pseudonevrastenici vi assicureranno infatti, che sonvi delle settimane in cui si sentono migliorati, dei giorni in cui si considerano guariti, per presentare subito dopo delle recidive sconcertanti che li ripiombano per un tempo breve o per un tempo lungo, addolorati e disanimati, nelle loro primitive sofferenze. Al medico pratico, per il quale scrivo queste poche pagine, non importa molto di sapere come questo fenomeno delle «crisi», che domina così le grandi come le

(1) Richiamo l'attenzione sopra alcuni disturbi psichici accessuali, insorgenti qualche volta ad ora fissa. Stati di leggera e grave eccitazione psicomotrice notturna assunono, secondo la mia osservazione, uno speciale valore diagnostico.

piccole manifestazioni postencefalitiche, stia in stretto rapporto, secondo quanto io penso, con la sua provenienza neuro-vegetativa. Senza dubbio souvi qui delle oscillazioni in dipendenza di perturbamenti che avvengono nel dominio di questo sistema in alcune ricorrenze fisiologiche, come ad es. in quelle mensili della donna, e per effetto delle variazioni stagionali. Infatti, durante l'inverno tutti i postencefalitici, compresi i neurastenici, presentano un periodo di peggioramento nelle loro condizioni. Anche i mutamenti atmosferici giocan la loro parte nel determinismo di siffatti squilibri; però, a prescindere da tutti questi ultimi fattori esogeni, che hanno la loro origine nelle vicissitudini del mondo esterno, devesi sapere che le «crisi», sulle quali qui insistiamo, possono presentarsi a periodi (regolari o irregolari), senza cause valutabili e per leggi a noi recondite, che presiedono al ritmo della interior vita organo-vegetativa.

E' probabile che questo ritmo primitivamente domini le secrezioni interne, e che i fenomeni i quali a noi si palesano secondo quell'ordine siano effetti secondarii e riflessi sul sistema simpatico, che con quello endocrinico è, come si sa, intimamente collegato.

19. GL' INTOPPI PSICHICI.

Debbo qui intrattenermi brevemente sopra un particolare fenomeno da me constatato in questi malati, e al quale io sono indotto ad attribuire un valore quasi patognomonico nei postumi, specialmente in quelli leggeri e di tipo neurasteniforme, dell'encefalite epidemica. Si tratta di una speciale tendenza a crisi istantanee di smarrimento, d'intoppo psichico, paragonabili alle «assenze». Mentre parla od opera, d'un tratto e per un istante, il nostro neurastenico «non si raccapezza più», smarrisce la memoria. «perde il filo», diventa «incerto», resta «come incantato», senza però perdere la coscienza. Questo «*barrage de la pensée*», vero «intoppo psichico» che ci richiama alla mente quello notato nelle forme catatoniche della *Dementia praecox*, è — secondo la mia osservazione — sintoma di eccezionale valore per la nostra diagnosi, tant'è vero che, quando manca, io resto molto esitante e poco propenso ad ammettere l'esistenza di una «neurastenia meta-encefalitica». Un tale fenomeno, che si può avvicinare, sott-

un certo aspetto, alla psicolessia, e che venne menzionato, in queste forme, anche da Richards e da mille G. Lévy, secondo il mio giudizio è l'effetto di una caduta improvvisa della tensione psicologica nel senso di Janet, e paragonabile alle crisi asteniche, acinetiche, ecc., proprie della patologia extrapiramidale. G. Lévy scrive che il torpore psicomotorio dei parkinsoniani pare infatti, in alcuni casi, «à la fois participer de l'absence épileptique et du sommeil». Orbene, simili fenomeni, considerati come manifestazioni d'instabilità tiroidea da Lévi e da Rotschild, son forse dovuti, qualche volta, ad un perturbamento nell'equilibrio fisico degli umori (colloidoclasia), determinato dall'emozione, oppure dalla entrata in circolo di albumine eterogenee. Tratterebbesi cioè, secondo alcuni autori, di una *endocrinolepsia*, che si produce per l'intermediario di processi colloidoclasici.

La catena patologica che collega fenomeni di questa specie (epilessia affettiva di Bratz, attacchi psicastenici di Oppenheim, psicolessia di Dana, pinolessia, polielonia psicolettica di Sal-kind, ecc.) ancor oggi ci sfugge, ma ci basti, per ora, intravederme da lungi le fonti comuni. La leggera ed effimera eclisse psichica che io ho notato nei postencefalitici è — secondo il mio parere — l'esponente di una claudicazione di ordegni riflessi extrapiramido-vegetativi, non però subcorticali, ma intracorticali.

Comunque siasi, insisto nel ripetere che un istantaneo «smarrimento», un fugace stato amnesico, come mi ha insegnato l'esperienza, è sintoma immancabile nei postumi leggeri (a tipo neurastenico) dell'encefalite epidemica. Il segno è rivelatore per il diagnosta e, oltre a ciò, è pieno di avvertimenti per il psicologo che non disdegna di considerarsi figlio dell'anatomico, nonchè per il psicopatologo che è convinto di essere un discendente, vicino o lontano, dell'anatomo-patologo.

Sono infine del parere, che quella «*tendenza ai deliquis*», qualche volta ricordata dai nostri pazienti, non sia, in ultima analisi, che una manifestazione più accentuata, che un perturbamento più profondo dell'intoppo psichico. In altre parole, fra questo ultimo ed il «*deliquio post-encefalitico*» (che consiste in un improvviso senso di svenimento e di mancamento, con conoscenza intatta), io penso che la differenza sia soltanto di grado, ma non di natura. Se fosse permesso di procedere per la via delle ipotesi,

direi anzi che l'intoppo sta al *deliquio*, come quest'ultimo sta all'*epilessia postencefalitica*. (').

20. - L'INERZIA E LA MANCANZA D'INIZIATIVA.

I nostri malati per lo più tendono all'inerzia. Se voi l'interrogate su questo punto, essi vi confesseranno che da quando son malati si darebbero volentieri al «dolce far niente». Se si occupano mentalmente, se lavorano fisicamente fanno tutto a stento, con uno sforzo, spesso penoso, che essi non sanno spiegare e che gli altri non sanno comprendere.

A volte, sentono quasi il bisogno imperioso di entrare in una inattività voluttuosa, d'irrigidirsi in un'immobilità statuaria, di abbandonarsi ad un'indifferentismo interminabile, di disinteressarsi di ogni cosa, di entrare in un quietismo buddico, quasi d'immergersi in una *rêverie* nirvanica.

Uomini prima attivi e intraprendenti, pieni d'iniziativa e di slancio vitale, si vedono colpiti nel centro di queste loro energie fattive e si sentono senza impulsi animatori, come macchine che fossero rimaste d'un tratto prive di molle. Donne che accudivano da mane a sera alle faccende domestiche e attendevano con grande fervore ai bisogni della famiglia, dicono di «non essere più quelle di prima», di «non aver voglia», di «non aver estro», di «non aver spontaneità», di aver perduta l'energia dei tempi felici.

Molti son naturalmente i posti che questo sintoma — qua lieve e appena valutato, là grave e molto deprecoato — può assumere nel quadro clinico che qui converge i nostri sguardi e che non è dipinto a colori vivaci, ma abbozzato a tinte pallide e circ-confuso da *nuances* indefinite.

A me basta soltanto il richiamarvi sopra l'attenzione degli osservatori, perchè lo consideri quasi sempre presente e rivelatore in questa speciale sindrome postencefalitica, che mi sforzo di tradurre davanti al tribunale della diagnostica medica, chiamando in causa tutti i testimoni, piccoli e grandi, per smascherarla e per denunciarla.

(') Non dimentichiamo mai che, in questi tempi, se l'epilettico che si presenta al suo esame è un puerile, l'*epilessia* è questa e igne non è raro, e se l'epilettico è un adulto, non si dimentichi che non si deve pigliarsi di quella riservata per le future così lente essenziali.

Questa mancanza d'iniziativa e di spontaneità (*Mangel an Antrieb, Mangel an Initiativbewegungen, Mangel an Willensgeföhle, Willenschwäche* degli autori tedeschi) nei postencefalitici, viene da qualcuno messa in rapporto con un perturbamento nella via fronto-ponto-cerebellare, ma non si sa distinguere, nella genesi del fenomeno, per quanta parte c'entri un elemento organico e per quanta un elemento psichico. Io son convinto che ambedue i fattori abbiano la loro influenza, perchè sono coinvolti in una vicendevole concatenazione, poichè l'astenia e l'akinesia, come già si disse, son così nel muscolo come nella psiche. La ripugnanza allo sforzo è così nell'apparato motore che serve, come nello *Psychomotorium* che comanda.

Certamente entra qui in gioco un elemento neurologico, perchè noi oggi sappiamo che nel Corpo striato, nel quale già l'Edinger faceva risiedere la spontaneità motrice, ci sono *foci* dai quali emanano impulsi istintivi. Ma è del pari cosa sicura, che alla determinazione del fenomeno non resta estranea una componente psichica. Forse la difficoltà maggiore potrebbe consistere nello stabilire se primario è il fenomeno neurogeno o quello psicogeno, quantunque anche questo lato del problema si presenti ormai poco assillante, in quanto che noi siamo venuti nel convincimento che, sia questa o sia quella la componente prima colpita, poco dopo, per un fenomeno di ripercussione e di concatenazione obbligata, entra in compassione anche l'altra.

Comunque siasi, si sappia che questa asportaneità, questa speciale «mancanza di attività psichica», come la chiama il Berze, non è fenomeno riferibile semplicemente, con spiegazione troppo semplicista, ad un «esaurimento nervoso», generalmente considerato. Nelle forme postencefalitiche esso è imputabile all'offesa diretta di una particolare funzione psichica, che ha probabilmente la sua origine nella vita del sub-osciente, e forse le sue basi anatomiche nei grandi nuclei subcorticali, che sarebbero dei centri psico-regolari (Camus, Roussy e Lhermitte, ecc.).

Fred Roger, che nel 1922 fece, nel laboratorio fisiologico di Chicago, delle esperienze ledendo i corpi striati dei piccioni, notò infatti che rimanevano per ciò aboliti o diminuiti alcuni atti istintivi (assunzione di cibo, accoppiamento, nidificazione, ecc.).

Io ero dunque nel vero quando, riferendo due anni or sono le mie prime osservazioni sui neurastenici postencefalitici, scrivevo queste parole: «Quantunque appaiano degli ammalati leg-

geri, ho avuta l'impressione, esaminandoli, di trovarmi al cospetto di soggetti colpiti nelle radici profonde del loro albero vitale».

21. - LO STATO MENTALE.

Raramente vien concesso, anche all'occhio vigile del medico che abbia fatta la sua dolorosa esperienza con le sindromi parkinsoniane postencefalitiche, di riscontrare in questi malati la maschera ipomimica, ma egli dev'essere vigile anche su questo punto perchè, quando il fenomeno è presente, già basta per metterlo sulla buona via. Certo si è, che il contegno del nostro neurastenico viene, fin dappprincipio, riconosciuto un po' diverso da quello del *l'homme à petit papier*, che si presenta a sciorinare tutta l'iliade de' suoi disturbi, precipitosamente, ansiosamente, preoccupato di dimenticarne qualcuno. Il neurastenico dell'encefalite epidemica viene a voi accusando, generalmente, soltanto pochi disturbi principali e non sempre ben definiti (esaurimento di forze, dolori vaganti, palpitazioni cardiache, ecc.). Non è una voce che parla, ma è un libro che dev'essere letto. Non è una miniera che si apre, ma è una miniera che dev'essere scavata. Senza un'anamnesi minuta, e sopra tutto senza un'inchiesta metodica e rigorosamente condotta sopra i punti fondamentali e sopra i sintomi che qui sopra vengono ricordati, non si arriva *d'émblée*, al primo esame, alla diagnosi di «neurasteria postencefalitica». Non si arriva nemmeno con esami ulteriori e nel corso di cure lungamente praticate, se si perdon di vista questi elementi cardinali che devono essere ricercati, scovati e afferrati, perchè il più delle volte il paziente, cristallizzato nell'idea del suo disturbo di stomaco o dei suoi dolori reumatici, delle sue parestesie cefaliche o del suo esaurimento generale, non li denuncia.

Potrebbe parere sulle prime, che lo stato mentale di questi soggetti sia precisamente quello del neurastenico classico, descritto dai trattati: inettitudine al lavoro prolungato, difficoltà nelle occupazioni mentali, eccitabilità grande, irritabilità pronta, emotività facile, ecc. Ma la psiche di un neurastenico della *Lettargica* si differenzia da quella d'un neurastenico di Beard, e delle diversità esistono qui come esistono fra le psiche del parkinsoniano classico e quella del parkinsoniano postencefalitico. A parte le manifestazioni psichiatriche dell'encefa-

lite, sarci per dire che, nelle forme eretistiche l'eretismo è maggiore, e nelle forme torpide la depressione è più accentuata nella malattia di Economo che in quella americana. Ho già ricordato un sintoma di capitale importanza in questi malati, vale a dire la tendenza all'inerzia, la mancanza d'iniziativa e l'asponfaneità. Vorrei ancora osservare, che la distinzione dei due tipi è più netta in quest'ultima che in quella prima, la quale più spesso presenta un miscuglio ibrido di stati di eccitazione e di stati di depressione. Aggiungo infine, che la coscienza di malattia è più viva e più tormentosa nel neurastenico classico che in quest'ultimo, nato dalla *Schlafkrankheit*, la quale lascia in lui pur sempre un'ombra di torpore, un certo «*estado somnoliento de la conciencia*», come diceva il Ricaldoni di Rio de Janeiro, una traccia di bradipsichia o di bradifrenia, una tinta di inaffettività, una non so quale vaga e indistinta «*indifferentia vitae*».

Non entrano qui in discussione i disturbi mentali conclamati, di squisita marca psichiatrica, che possono affliggere i grandi postencefalitici (forme mentali), (1) qualche volta dominando tutta la scena e riproducendo il quadro della mania, della melanconia, del *delirium acutum*, ecc., disturbi che han fatto sorgere tutta una letteratura in proposito, e che posson condurre il malato al manicomio o al suicidio.

Non s'intende nemmeno d'insistere sopra i gravi perturbamenti del carattere e della condotta nei fanciulli (impulsi, fughe, tendenze al mendacio, alla mitomania, alla cleptomania, all'eretismo precoce, ecc.), che fanno spesso di questi piccoli disgraziati altrettanti delinquenti perversi ed esseri antisociali. Anche su questo punto le osservazioni sono ormai troppo numerose e le statistiche son troppo sconcertanti. (2).

Il nostro neurastenico, cioè il nostro postencefalitico ridotto ai minimi termini, generalmente non arriva a questi gradi estremi d'insania. Quando così accade dopo l'infezione, è cosa più fa-

(1) In alcuni casi, anche i «piccoli enteralutici», ci è il pseudoneurastenico della *Leptopica* possono presentare delle «sindromi mentali» che a periodi dominano la scena (postencefalitici) e la cui natura può, e non estrema facilità sfuggire ad una osservazione che non sia ben illuminata.

(2) Cfr. CAMIA - L'encefale traumatica nell'età giovanile. Il «conversionismo» e l'«isteria» e altri sintomi psichici. *Studi Neurologici dedicati a Ettore Tassinari* - «Rivista di Sociologia», Torino, 1920.

cile, in questi tempi, comprenderne la vera origine e conferirgli il suo vero nome al fonte battesimale della *Letargica*.

Invece, lo stato mentale del nostro giudicabile è qualche cosa di diverso ⁽¹⁾. Le tinte son più pallide, il male è più attenuato, il disordine psichico è più mascherato, d'apparenza più variabile e più ingannatrice. Una emotività insolita, una irritabilità non abituale, uno stato di eccitazione ingiustificata o di depressione non motivata, un *torpor* periodico o uno *stupor* passeggero, impulsi istantanei ed incoercibili, fobie e stati ticchiosi, stati psicastemici ed ansiosi (*angsteurose*), fenomeni di disorientamento e stati crepuscolari, variabilità d'umore che assume aspetti isteroidi e crisi nervose che hanno tutta l'apparenza delle forme funzionali, apatia e indifferenza affettiva, labilità di memoria e tendenza al riso esagerato o al pianto immotivato, ecc., ora predominano ora variamente si associano in questo quadro caleidoscopico, mutevole e polimorfo, che ha però, nel suo complesso, un *cachet* ben distinguibile da un occhio sperimentato, contrariamente a quanto pensa Rutishauser, secondo il quale la sindrome psico-neurotica post encefalitica non si differenzerebbe da forme similari di origine tossi-infettiva.

Si sappia intanto, che nemmeno questo complesso psichico sfugge a quella regola generale che comanda l'oscillare per fasi dei fenomeni postencefalitici, la loro presentazione per crisi, la loro comparsa per accessi. Il Tinel ⁽²⁾, parlando dei caratteri pseudo-nevropatici, osserva infatti come essi seguano spesso un ritmo riferibile, secondo quanto egli pensa, alla localizzazione del processo morboso nel mesencefalo, dove risiederebbero speciali centri psicoregulatori. ⁽³⁾

Ad un esame superficiale si direbbe che, in realtà, il perturbamento della mente è qui ben leggero, ma molte volte il medico deve ricredersi dopo aver assistito, da un momento al-

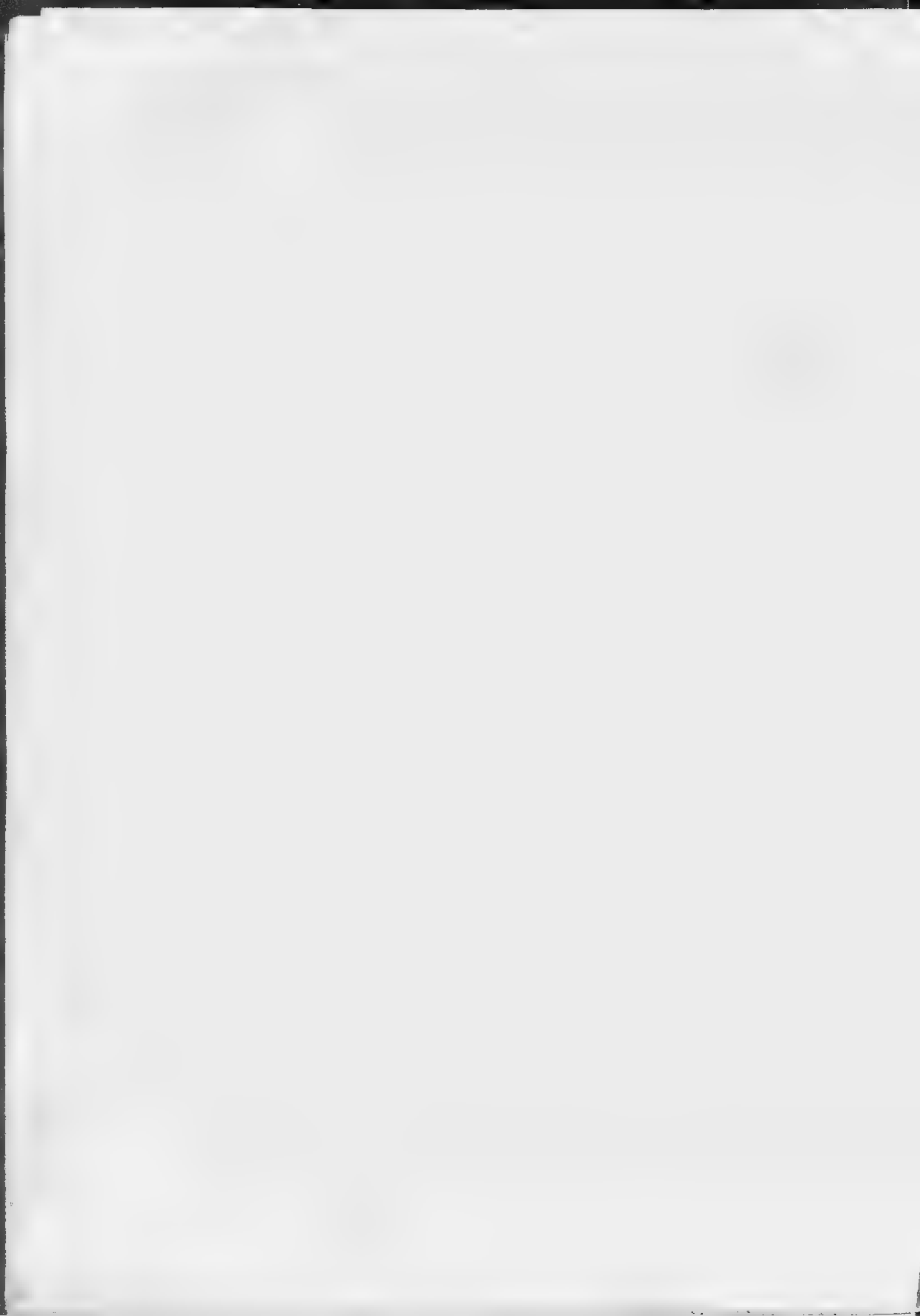
1. La *Letargica* è però anche da distinguere ma non di natura, perchè lo stato mentale del nostro giudicabile rappresenta una psico-postencefalitica in senso proprio. Il nostro caso si è così e tanto altro, per un osservatore sperimentato, di stati d'animo, di idee, di giudizi, paradossi, oscillazioni qualche volta in rapporto con l'aspetto clinico e con l'aspetto anatomico che molte volte basta per vero da solo ad avvalorare l'idea di un'encefalite encefalitica.

2. *Journal de la médecine*, 1903.

3. La *Letargica* è però anche da distinguere ma non di natura, perchè lo stato mentale del nostro giudicabile rappresenta una psico-postencefalitica in senso proprio. Il nostro caso si è così e tanto altro, per un osservatore sperimentato, di stati d'animo, di idee, di giudizi, paradossi, oscillazioni qualche volta in rapporto con l'aspetto clinico e con l'aspetto anatomico che molte volte basta per vero da solo ad avvalorare l'idea di un'encefalite encefalitica.

l'altro, a mutamenti impressionanti e a comportamenti paradossali nella vita del suo malato, che spesso dimostra, come io ho osservato, una inconcepibile incoscienza nel commettere qualche atto riprovevole e poi una grande indifferenza e un insospettato cinismo nel suo riconoscimento e nella sua valutazione. Se il fanciullo vi presenta il quadro della *moral insanity*, rubando e inferocendo sugli animali e abbandonandosi ad eccessi erotici prematuri o a tendenze amorali e perverse, io ho notato che la giovane, o la donna più anziana, nevrasteniche postencefalitiche, molte volte son portate, per così dire inconsapevolmente, verso situazioni arrischiate quand'anche non riescano compromettenti, verso relazioni illecite quand'anche non vengano strette, e verso paradisi proibiti quand'anche non vengano sempre goduti.

Si possono del resto osservare, in questo campo, tutti i gradi di passaggio, tutte le forme di transizione che vanno da un leggero stato neurastenico e isteroide, o da un *melancholia levis*, fino alla simulazione dei quadri psichiatrici più conclamati, fra i quali dev'essere annoverata, in prima linea, la *Dementia praecox*.



DIAGNOSI.

La sindrome della quale qui si tratta è celata e bisogna ricercarla, è velata e bisogna smascherarla. In primo tempo io obbligo il malato ad enumerarmi, ad uno ad uno, i suoi disturbi, spontaneamente e pazientemente. Poi, se son posto sulla traccia, l'interpello sull'esistenza degli altri che so, per pratica, essere legati a quel treno fenomenologico, e che egli non ha rilevato perchè son sfuggiti alla sua memoria o perchè, in realtà, fan difetto nel suo caso. L'inchiesta dev'essere metodica, precisa, ed implacabile l'insistenza da parte del medico quand'è evidente, sopra un dato sintoma, l'incertezza da parte del malato. Bisogna, possibilmente, fissare nel tempo la data alla quale rimonta l'inizio de' suoi disturbi. Se qualche volta l'indagine resta vana, perchè il malato ha sofferto una forma lieve e ambulatoria di encefalite epidemica, il più delle volte voi riuscirete a sapere che il male è incominciato nei mesi invernali (dicembre, gennaio, febbraio) di uno, di due, di tre o di più anni addietro. Procuratevi quindi di sollecitare la sua memoria per sapere come il malessere si è iniziato, e quali furono, nei primi giorni, i sintomi inaugurali. In questa ricerca, non dimenticatevi di rivolger domande atte ad illuminarvi sulla pregressa esistenza di alcuni speciali fenomeni: leggera febbre, disturbi ambliopici, diplopia, insounia notturna e sonnolenza diurna, vomito improvviso, cefalea o vertigine, adinamia di alto grado, stato di eccitazione psico-motrice, ecc. L'anamnesi minuta, in questo, come del resto in tutti i casi, conserva sempre un supremo valore per la diagnosi, che corre gran pericolo di fallare quando quella vien lasciata nell'oblio o vien fatta in modo incompleto, come molte volte io debbo constatare. L'esperienza mi ha insegnato che il medico non deve mai por mano all'esame obbiettivo prima di essere ben illuminato sui precedenti, e prima di aver sospettato, fondandosi su alcuni sintomi di probabilità o di presunzione, qual'è, verosimilmente, la forma morbosa ch'egli

è chiamato a giudicare e a confermare con il suo esame, o, per lo meno, quali sono le più probabili diagnosi differenziali ch'egli dovrà prendere in considerazione. Ho detto come la convinzione circa l'immenso valore che ha l'anamnesi per il diagnosta si sia venuta formando in me, di giorno in giorno sempre più ferma, di mano in mano che cresceva la mia esperienza nell'arte medica. Se faccio però un esame di coscienza, debbo da ultimo confessare che le vie di questi segreti mi vennero già aperte e additate dal prof. Mingazzini, ne' bei tempi passati, quand'io, giovanetto assetato di sapere, bevere alle fonti gloriose del Policlinico romano il primo latte del mio nutrimento.

Sono d'accordo con lo Stern (¹), nel riconoscere che un segno preziosissimo per la diagnosi di pregressa encefalite epidemica consiste nella localizzazione limitata e circoscritta in qualche parte del corpo (in un'emi-torace, in un'emi-faccia, in una mano, in un dito, ecc.), di alcuni fenomeni patologici (algie, parestesie, iperidrosi, disturbi vaso-motorii, ecc.).

Eppure, quantunque sembri un paradosso, o una contraddizione in termini, sta d'altra parte il fatto, che al neurologo non è sufficiente la constatazione del fenomeno suddetto — nonostante che gli si abbia attribuito così grande valore — per fondare con sicurezza la sua diagnosi. In altre parole, quella circoscritta localizzazione patologica assurge a grande valore diagnostico soltanto quando il medico possa inquadrarla in una più estesa cornice e possa rivolgere il suo sguardo sopra un più vasto orizzonte. Tutto ciò vuol significare, come al di là dell'espressione predominante, che pare monosintomatica, è necessario che il medico veda il complesso plurisintomatico che sta nella penombra, che fa da cornice al quadro, che rappresenta lo sfondo del paesaggio. Tutto ciò vuol indicare, come è necessario che il diagnosta, al di sotto del sintoma encefalitico speciale e particolare, portato dal paziente alla sua considerazione, sappia scorgere i fenomeni diffusi oltre a quelli localizzati, sappia cioè vedere la *Encephalitis universalis*. In verità, per chi possa aguzzare gli occhi del suo ingegno, mentre le forme sindromiche costituiscono la regola, quelle oligosintomatiche della malattia di Economo appaiono più rare, e quelle monosintomatiche si mostrano eccezio-

¹ STERN F. - Die Epileptische Encephalitis. Berlin, Springer, 1922.

nali. Si conoscono, per es., le forme monosintomatiche oculari (e diaframmatiche) di questa malattia, che passan anzi per essere della miglior prognosi; ma io che vidi alcuni di questi casi, trovai associati anche disturbi gastrici, leggera febbre, astenia, ecc.

Si sa che esistono, per es., delle mioclonie encefalitiche limitate ad un gruppo muscolare o ad un solo muscolo (mioclonie); ma io che esaminai uno di questi esempi, in cui le scosse muscolari, accentuate e dolorosissime (forma algo-mioclonica), per la loro limitazione ad alcuni gruppi muscolari dell'emi-torace sinistro (e del braccio omolaterale, cioè a tipo segmentario e di origine spinale) avevan fatto supporre erroneamente ad altri una radicolite da carie ossea, richiamando interventi chirurgici non giustificati, ho potuto rilevare dall'anamnesi e constatare *de visu*, che, in realtà, mioclonie fascicolari rare ed erratiche non facevan difetto nei diversi muscoli degli arti e in quelli della faccia. Fra quest'ultime, non si sa perchè, quelle che interessano i piccoli muscoli mentonieri, son specialmente accusatrici, come già notai, ed assumono un significato quasi patognomonico.

E quello che si dice per le grandi sindromi postencefalitiche in genere, vale anche per le piccole, per i pallidi complessi, cioè per le forme incomplete, abortive, larvate, fruste, ambulatorie, ignorate, che formano il sostrato della neurastenia postencefalitica. Quando voi credete di aver da fare soltanto con una cefalea, una vertigine, un'astenopia, una dispepsia, un vomito, un'astenia, un cardiopalmo, un'insonnia, un'impotenza sessuale, uno stato ansioso, un'algia, un'ipertemia, ecc., postencefalitiche, se sapete scavare nella miniera dell'anamnesi o della sùbiettività, e se sapete vedere nel mondo dell'obiettività, per lo più scoprite sintomi a dovizia e segui in gran numero per dare fondamenta solide e per erigere mura stabili all'edificio della vostra diagnosi. Per vero, io ho trovato sempre manifestazioni molteplici ne' miei neurastenici postencefalitici. Manifestazioni residuali monosintomatiche son possibili, ma rarissime.

Se nella cornice del «nervosismo», per il quale il vostro malato viene a consultarvi, voi osservate adunque, qualche volta, il quadro completo di tutti i sintomi postencefalitici che qui sopra vennero elencati, e la vostra diagnosi potrà fondarsi sopra basi granitiche e riposare tranquillamente sopra una messe lussuriosa di sintomi, ricordatevi però che così non è sempre. Nel maggior numero de' casi predominano alcune manifestazioni

mentre altre rimangono eclissate, parlano alcune voci denunziatrici, mentre altre restan silenziose. Vuolsi cioè dire, che i fenomeni patologici son diversamente presenti e variamente associati o preminenti, a seconda dei diversi casi. Ciò non pertanto, anche pochi sintomi son sufficienti per farvi assurgere alla diagnosi, quando voi conosciate tutto il loro valore e la loro precisa marca di fabbrica (inversione del ritmo del sonno, sonnolenza diurna, clonie fascicolari, algie erratiche, ecc.).

Ma in qualche caso il numero di questi segni rivelatori e caratteristici, per non dire patognomonici, è molto esiguo. I comuni fenomeni di nervosismo vi possono portare alla diagnosi banale di neurastenia; ma per completare e per precisare il vostro giudizio, cioè per dire che quella è una neurastenia «postencefalitica», trovate per es., in alcuni pazienti, uno o due segni di probabilità, ma uno solo di certezza (clonie fascicolari visibili, crisi insolite di sonno diurno, intoppi psichici, crisi orariali di vomito, o di dispnea, o di sbadiglio, ecc.). Orbene, è appunto in queste condizioni che dev'essere tesa l'attenzione dell'osservatore, affinata la sua indagine e scrupolosa la sua anamnesi.

Volendo ora riassumere quelli che sono i capisaldi della diagnosi nel nostro caso, dirò che l'esaminatore deve, per es., accordare la massima importanza ai seguenti sintomi: clonie fascicolari, brevi crisi di sonnolenza diurna, intoppi psichici, astenia persistente, diplopia funzionale, manifestazioni diverse d'ordine neurovegetativo, algie erratiche o localizzate, ecc. C'è però qui tutta una gerarchia di valori, che per vero non è sempre sicuramente classificabile per grado d'importanza, lasciando di volta in volta sul tappeto un nuovo problema diagnostico che il medico, con la sua perspicacia e con il suo intuito, dovrà in ogni caso risolvere. Non c'è un solo sintoma di quelli da me sopra ricordati che, quando sia evidente, non debba imporsi al diagnosta. Uno spasmo di sbadiglio che si presenta in modo insolito, una leggera crisi di spnoica che insorge secondo una ricorrenza orariale, un tic di nuova produzione, (¹) una neurosi d'argoscia di nuova formazione, una poliuria o una glicosuria d'insolita apparizione, una crisi convulsiva strana, un mutamento di carattere, una leucoplasia lin-

(1) La questione dei tic nell'Encefalite epidemica venne ultimamente trattata da Prof. Bong di B'stce, in uno dei suoi magistrali lavori (*Schweizerische Med. u. Naturh. Wochenschr.* 55 Jahrg. N. 44).

guale che dura da qualche anno senza segni conclamati di catarro gastrico, un disturbo vasomotorio o parestesico localizzato che ricompare sempre eguale a sè stesso in un arto, in un dito, in un'emi-torace, o in un'emi-faccia, un'ipomimia, un'inerzia, un torpore mentale o una bradipsichia che si rilevano ad un occhio sperimentato se soltanto contempli per un'istante il malato, ecc., possono essere tutti segni denunziatori. L'indice meno infido, la voce più accusatrice, il sintoma più caratteristico, il segno cardinale, è però sempre dato dalla mioclonia (globale, fascicolare o fibrillare), escluse che siano le poche cause d'errore. Un altro fra i grandi valori che legittimano la diagnosi consiste poi, come ho già detto, nella constatazione dell'emi-sindrome, appena abbozzata o chiaramente delineata nello sfondo generale della malattia *totius corporis*.

E quello della diagnosi, per il medico dovrebb'essere un problema, diciamo così, di matematica, che egli risolverà (1) tanto più prestamente e tanto più infallibilmente quanto maggiore è la sua coltura che gl'insegna il valore di un «segno» non solo, ma quanto più affinato è il suo potere di sintesi e più addestrato è il suo raziocinio, che lo fa esperto nel rinchiudere la sentenza finale in un cerchio di ferro, correndo per la via dritta, dopo aver eliminato tutti gli ostacoli che si presentano sul suo cammino e che per lui consistono nelle possibilità d'errore. Il segno di Argyll-Robertson non è sufficiente, da solo, per legittimare la diagnosi di tabe dorsale (si può, per es., riscontrare anche nella cefalite epidemica), e non è nemmeno sufficiente l'associato fenomeno di Westphal (l'areflessia tendinea, oltre che nella malattia di Economo, è presente, ad es., nella pseudotabe periferica o polineurite). Ma quando il medico ricerca e trova un disturbo obbiettivo della sensibilità a tipo radicolare, allora egli emette con maggior sicurezza la sua diagnosi, e la conferma poi quando avrà sentito parlare di lue progressa, di dolori folgoranti, di leggeri disturbi vescicali, ecc. Non basta, in medicina, conoscere quali sono i sintomi delle malattie, e non basta saperli ricercare senza omissioni e senza disattenzioni. Tutto ciò, per così dire, dovrebbe rappresentare l'alfa della nostra arte. Ma la medicina è arte e scienza nel medesimo tempo. Ora, io son del parere che la «scienza» medica, intesa nel suo più alto significato, nella sua manifestazione

(1) (1) giudicherà non risolvibile in quel dato momento.

più evoluta, consiste in ciò: *attribuire il giusto valore al sintoma*. Ecco la formula sintetica, che racchiude tutti i segreti della diagnostica. I sintomi assolutamente patognomonici son rarissimi. Certamente esistono per ogni malattia, ma noi non li conosciamo e non li sappiamo ricercare perchè la nostra scienza, pur così progredita, è ancor bambina. Per ciò, la diagnosi deve scaturire dalla valutazione di tutto un complesso sintomatico. Invece, purtroppo, molte volte tutti noi commettiamo i nostri errori già in primo tempo, senz'arrivare a questo *punctum saliens* della diagnostica, e pecchiamo di osservazione anzichè di valutazione. Si sbaglia perchè non si esamina bene l'ammalato. L'errore nostro riesce quindi più elementare, più banale, e, diciamo così, meno aristocratico e men perdonabile. E' peccato più veniale quello di cadere, da ultimo, in un errore di giudizio, che coinvolge i più alti poteri sintetici, discriminativi e critici del nostro neopsichismo, di quanto possa essere quello di commettere, in primo tempo, un errore di analisi e di semplice osservazione, per le quali son sufficienti al medico requisiti men fini e doti meno eminenti.

Dicevo dunque, qui sopra, che lo scopo eccelso della medicina consiste nell'attribuire il giusto valore al sintoma e nel riconoscere la dignità. Qualcuno potrà obbiettare, che lo scopo supremo di quella scienza è, invece, quello di ben curare. Ma chi ben giudica, non può non ben curare: *qui bene distinguit, bene judicabit et bene medebitur*. La mente di un medico, che è così progredita nelle conoscenze e così addestrata nella dialettica da pervenire felicemente, dopo molto navigare, alla diagnosi, arriverà più facilmente a salpare sulle rive incantate ed a entrare nei templi miracolosi della terapia, che portan scritto sul loro fronte il «*Sanare dolorem divinum*». E' cosa infinitamente più difficile far diagnosi esatte, che scriver ricette e somministrar medicine.

Non è poi da credere che, alla fin fine, debba essere qui cosa di poca importanza la diagnosi precisa, cioè la differenziazione fra una sindrome neurastenica metencefalitica ed uno stato neurastenico d'altra natura. La distinzione è di grandissimo valore nell'interesse del malato, come vedremo parlando della terapia. Chi non crede a questa necessità urgente, è come uno il quale nega l'esistenza di ciò ch'egli non vede perchè è cieco, e come uno che non distingue il clamore della battaglia e il rombo della tempesta perchè è sordo.

I danni che posson provenire da un errore di diagnosi — quando anche si tratti di forme in apparenza lievi e non di condizioni gravi ed allarmanti — son sempre incalcolabili, perchè le concatenazioni, le combinazioni, le possibilità, le cause e le concause di aggravamento e di pericolo sono infinite in patologia umana. I danni, dico, possono essere incalcolabili perchè, oltre che porre a repentaglio, ciò che più vale, la salute del malato, l'errore diagnostico può compromettere, con la pratica suggerita di cure costose e di trattamenti dispendiosi oltrechè inadatti, anche interessi economici, molte volte difesi, da gente che non dimora nei palagi di Creso e che non sia custode dei forzieri di Plutone, con i sudori della fronte e con le lacrime del sacrificio.

Per quanto riguarda poi le diagnosi differenziali che si possono presentare al caso nostro, non molto è da dire. Il medico che avrà compreso il significato di questa sindrome e ne avrà ben conosciuta la fisionomia clinica, non tarderà ad eliminare tutte le difficoltà e ad abbandonare tutte le incertezze per correre al segno.

Nell'adulto, è l'*alcoolismo cronico* che può prestarsi alla simulazione (ipomimia, torpore mentale, tremori periboccali, astenia, anoressia, ecc.), ma i commemorativi da un lato, l'esame obiettivo e, all'occorrenza, l'osservazione un po' prolungata dall'altro, chiariranno ogni dubbio. Io ho commesso una volta questo errore, facendo la diagnosi di alcoolismo cronico in un ferroviere che abusava sì di alcoolici, ma era, per di più, un encefalitico. Quando lo rividi dopo parecchi mesi, durante i quali l'uso del tossico era stato sospeso, in condizioni eguali, mi fu cosa facile correggere il mio primo errore e rettificare la diagnosi.

L'*isteria* (1), nelle donne giovani, non mi ha tenuto sospeso nel diagnostico, ma debbo invece confessare che, nelle più anziane (fra i 40 e i 50 anni), i disturbi psiconeurosi del climaterio mi mantennero qualche volta esitante fra la diagnosi di psiconeurosi dell'età critica e neurastenia postencefalitica. E la causa di questa possibile confusione è anche abbastanza chiara, quando si pensi che grandi sindromi d'ordine neuro vegetativo dominano

(1) Lo Stertz, che recenna in «*Neurasthenisch. Beschwerden*» nella Leihagren, ricorda infatti anche l'isterismo. «*Die isolierten ticartigen und anderen spontanen Bewegungen — egli scrive — werden oft für hysterisch gehalten*» (in *Churschmann u. Kramer, Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, Springer, Berlin 1925, s. 512).

il più spesso ambedue questi complessi patologici. L'astenia, i disturbi vasomotorii, le sensazioni di calore vampante o di brivido algente, le parestesie, le cenesiopatie, i disturbi del sonno, dello stomaco e dell'intestino, l'apatia e lo stato depressivo, la tendenza all'obesità, le vertigini, l'inefficienza al lavoro, alcuni stati dispnoici, il cardiopalmo, la facilità ai deliqui, la facies variabile, ecc., sono infatti tutti sintomi che possono appartenere ad ambedue gli stati morbosi, cioè alla sindrome d'insufficienza ovarica ed alla sindrome neurastenica postencefalitica. Debbo però dire, che una minuta indagine mi ha sempre permesso, anche in questi casi ambigui, di eliminare l'una o l'altra forma, potendo anche ambedue, notisi bene, presentarsi associate, per mettere a più dura prova la perspicacia del diagnosta.

Questo risentimento del sistema organo-vegetativo con qualche espressione sintomatica simile (adinamia, disordini vasomotorii, disturbi gastrici, deperimento organico, nervosismo, ecc.), si può avere anche nella *tuberculosis* (ved. neurastenia pre-tubercolare) nonchè, bisogna ricordarlo, nelle *appendici croniche*; ma basta che il medico sia soltanto avvertito su questi punti, per poter meglio indirizzare le sue indagini e più facilmente evitare i suoi errori. Lo stesso dicasi di alcuni *stati basedowiani* frusti (tachicardia, tremore, iperidrosi, in-omnia, crisi di fame, *macies*, ecc.) che, quando mancano altri sintomi classici come il gozzo e l'esoftalmo, possono, per poco, simulare le condizioni neuro-psichiche del postencefalitico, senza dimenticare che anche questi ultimi due sintomi vennero denunziati nella malattia di Economo e da me stesso riscontrati in tre casi (sindrome basedowiana postencefalitica).

Ma il più frequente errore di diagnosi resta sempre quello di confondere queste forme con quelle della neurastenia classica e del comune «esaurimento nervoso», quantunque oggi giorno questo edificio cominci ad essere sgretolato e sia già iniziato, per opera specialmente del De Fleury⁽¹⁾, il suo naturale e legittimo smembramento (psiconeurosi emotiva, ipocondria, melanconia lieve, ecc.).

Può darsi che la pseudonevrosi postencefalitica si presenti in un soggetto già neurastenico costituzionale, ⁽²⁾ ma il più delle

(1) DE FLEURY - Les États dépressifs et La Neurasthénie. Alcan. Paris, 1924.
 (2) Negli stati di esaurimento quando la nevrosi è più severa.

volte voi potrete sapere, con un'indagine anamnestica severa, che il suo «nervosismo», del quale egli non aveva mai sofferto, è comparso in questi ultimi anni, è cioè un fenomeno nuovo, di recente acquisizione. Ecco un elemento importante per la diagnosi, perchè vi mette subito sulla pista delle così dette «neurastenie acquisite», le cui cause più comuni voi saprete in breve tempo eliminare (infezioni fra le quali primeggiano l'influenza e la lues, intossicazioni fra le quali dominano l'alcool, abusi sessuali, *surmenage*, ecc.). Non occorre dire che il medico non deve mai, anche in queste forme di apparenza funzionale, trascurare, nel suo paziente, l'esame dei polmoni, del cuore e dell'urina, se vuol mettersi al riparo di possibili e grossolani errori.

Il nostro è adunque il più spesso — se non sempre — un neurastenico di nuovo conio. «Una volta — egli spesso vi dirà — io non ero così». E allora voi vi sforzerete, come ho già avvertito, di fissare le date, di stabilire se e in quale epoca (invernale) di un anno precedente egli cadde malato, sia pure per pochi giorni, con una forma «d'apparenza grippale». Se siete fermi nella ricerca e risoluti nell'inchiesta, potrete il più delle volte a vere dal malato la confessione che, in realtà, dopo quell'episodio morboso (che vien spesso qualificato come «influenza») egli non è stato più bene (astenia, sonnolenza diurna, insonnia notturna, dolori erratici, ecc.). Ecco il punto di partenza, che non è quello della «neurastenia comune», la quale s'insedia subdolamente, o ha anche inizio rapido, ma dopo emozioni e dopo strapazzi, non dopo un giorno di febbre, con diplopia, vomito o delirio. Devesi però anche dire, che in alcuni casi l'episodio iniziale non è rintracciabile.

Restano poi da riconoscere i segni differenziali per le due sindromi neurasteniche, già costituite e conclamate.

Orbene, diciamo subito che nel morbo di Beard — conserviamo la tradizione — l'astenia è meno intensa e meno duratura, l'inerzia e la mancanza d'iniziativa son meno accentuate, le parestesie son meno localizzate, tutto il quadro patologico è più stabile e meno oscillante. E dopo i dati negativi, ricordiamo ancora una volta gli elementi positivi, che militano contro la diagnosi di malattia americana e si schierano in favore della *Lettargica*: crisi di sonnolenza diurna, crisi di sbadiglio, intolleranza dei calori e degli alcoolici, fame d'aria, algie erratiche con senso di battito, clonie fascicolari, constatazione di una sindrome pre

valentemente lateralizzata, senza disturbi obbiettivi della sensibilità (isteria), ecc.

Fra tutti gli stati neurasteniformi che sono — non lo dimentichi il medico — così numerosi come le malattie del nostro corpo, quello che più da presso simula la forma postencefalitica di cui qui ci occupiamo, è senza dubbio — e il fatto è ben comprensibile data l'affinità delle due infezioni — la *neurastenia postgrippale*, che ben spesso s'impone per l'astenia di alto grado e di lunga durata e che, notisi bene, può egualmente comprendere, nella cornice del suo quadro, come quella postletargica, espressioni squisitamente neuro-vegetative (disturbi gastrici e vasomotorii, cardiopalmo, ecc.).

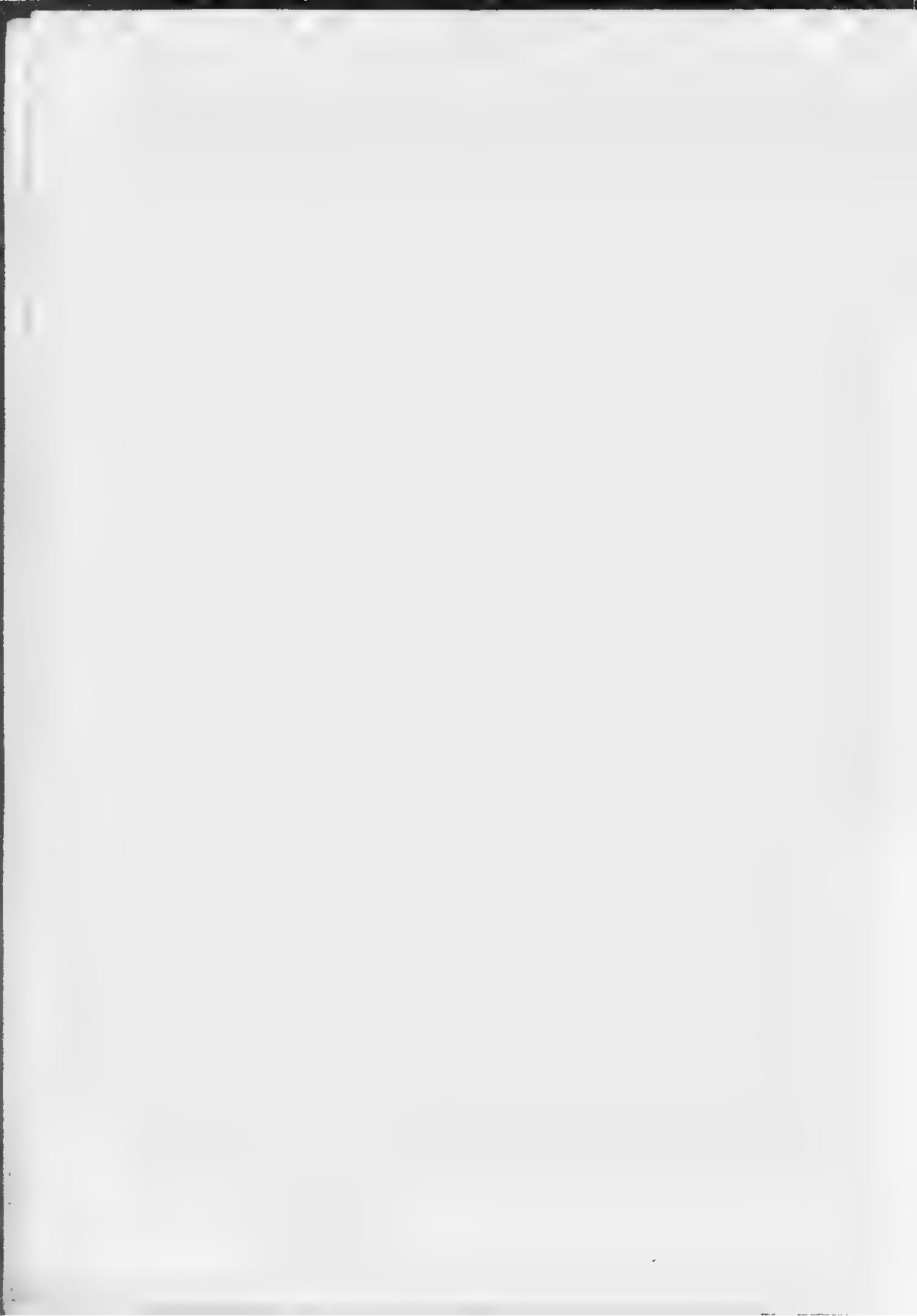
Dietro la scorta dei sintomi suesposti, dei segni indicati e degli avvertimenti dati, il medico finirà però facilmente col distinguere l'una forma dall'altra. Se non ci riesce, il decorso ulteriore chiarirà sempre la diagnosi, perchè la neurastenia postinfluenzale, quantunque possa perdurare un anno in alcuni casi gravi, migliora più facilmente e, alla fin fine, guarisce prima di quella post-encefalitica, che generalmente si trascina, con alterne vicende, per più lungo tempo.

Insisto per l'ultimo volta, senza timore di eccessive ripetizioni, nel denunziare il significato rivelatore di una contrazione fascicolare clonica localizzata. Il mielopatico cronico, l'alcoolista, l'isterica e anche il neurastenico comune — specie in uno stato emotivo — posson mostrare un fenomeno che è simile, ma non è uguale. Una palpitazione fascicolare o fibrillare, specialmente se limitata in un circoscritto territorio (piccoli muscoli mentonieri, muscoli periboccali, del tenere o dell'ipotenare, ecc.), che non è uno spasmo, che non è un tic, che non è una *grimace*, che non è fenomeno intenzionale e a volontà riproducibile, è espressione d'origine organica e, per regola generale se non assoluta (tic doloroso del trigemino, miocimia, ecc.), è la *cloche d'alarme* per il medico, perchè è la *signature* della nevrossite epidemica. Quando rimanevo esitante circa l'identificazione di una qualche sindrome nevrosica o psichica di dubbia natura, questo segno, sorpreso, sia pure per un'istante, sulla faccia del mio esaminato con la rapidità di un lampo, ha sempre rappresentato l'ancora della mia salvezza. Ed io intendo che il medico sia salvo quand'è in possesso del segreto diagnostico, mentre quando

questo patrimonio gli manca, egli è un uomo che sta per perdersi o è già perduto.

Il medico che si aggira intorno al letto del malato senza il presidio della diagnosi, è un uomo che mi fa paura. Mi fa paura, come se vedessi un pellegrino errante senza fiaccola, che reca in braccio un suo piccolo innocente e che brancola nelle tenebre, sull'orlo di abissi mortali; come se vedessi un soldato senz'arme che combatte una fra le più nobili battaglie, o un pilota senza bussola che naviga alla ventura, con un carico prezioso, fra gorghi vorticosi e fra scogli perigliosi, sulla superficie di un grande mare.

E quando son io quel medico che si trova in tali condizioni, e mi muovo trepidante fra labirinti diagnostici senza uscita e fra perplessità d'animo senza pace, sono un uomo che faccio paura a me stesso.



DECORSO E PROGNOSI.

Il decorso della neurastenia degli encefalitici è cronico, se pur non si può dire progressivo. Di casi acuti o subacuti, io non ne conosco. Gli ammalati che si presentarono a me, e che, dopo aver fatto il giro di molti medici ed aver tentato diverse cure ricostituenti senza vantaggio, venivano, come *ultima ratio* a consultare lo specialista, eran tutti sofferenti da tempo: da 1 a 6 anni. Qualcuno confessava di aver trascorso un'epoca in cui si credeva guarito, e di essere poi ricaduto; ma, per la maggior parte, pur riconoscendo un oscillare periodico di sintomi, essi dicevano di non essere stati più bene come prima, «da quando caddero malati». Gli sforzi fisici, gli strapazzi corporei, le insolazioni, le libazioni, i lunghi viaggi, il prolungato lavoro mentale, le forti emozioni, le gravidanze, le malattie infettive sopraggiunte, specialmente l'influenza, ecc., segnano sempre un peggioramento nel loro stato. E lo stesso dicasi della stagione invernale. I postencefalitici, neurastenici o non neurastenici, come si disse, peggiorano generalmente per alcune settimane nei mesi freddi, certamente per una riviviscenza dell'infezione che li ha incolti per la prima volta in simile epoca, infezione che forse non si è ancor spenta, e che non si sa quando si estinguerà nel loro organismo.

Dunque, neurastenia postencefalitica vuol dire neurastenia a lungo decorso e ad esito incerto. All'infuori di qualche caso di permanente ed insanabile neurastenia costituzionale, ereditaria, degenerativa, io non ho veduto neurastenie tanto ribelli alle cure come quelle dei nevrassitici, così lentamente e così difficilmente guaribili. Questa loro tenace resistenza spesso costituisce infatti per me un buon elemento diagnostico, che la pratica mi ha indicato.

Non tema il medico di parlar chiaro ai malati su questo punto. Io non me ne sono mai pentito. Il paziente, stanco di subire esami che spesso son della più diversa specie (del sangue, dello

sputo, del succo gastrico, radiologici, ecc.), quando si vede illuminato sulla vera natura del suo male — anche se gli si dice che sarà lento a guarire — si mostra soddisfatto di veder alla fin fine abbastanza chiaro in una situazione che prima d'allora, per i diversi giudizi pronunciati e per le diverse cure praticate senza effetto, gli appariva troppo oscura. E' un'illusione quella che ha il medico quando crede che il malato non riesca mai a sorprendere le sue incertezze, a criticare i suoi verdeti e a dubitare dell'efficacia dei suoi farmaci.

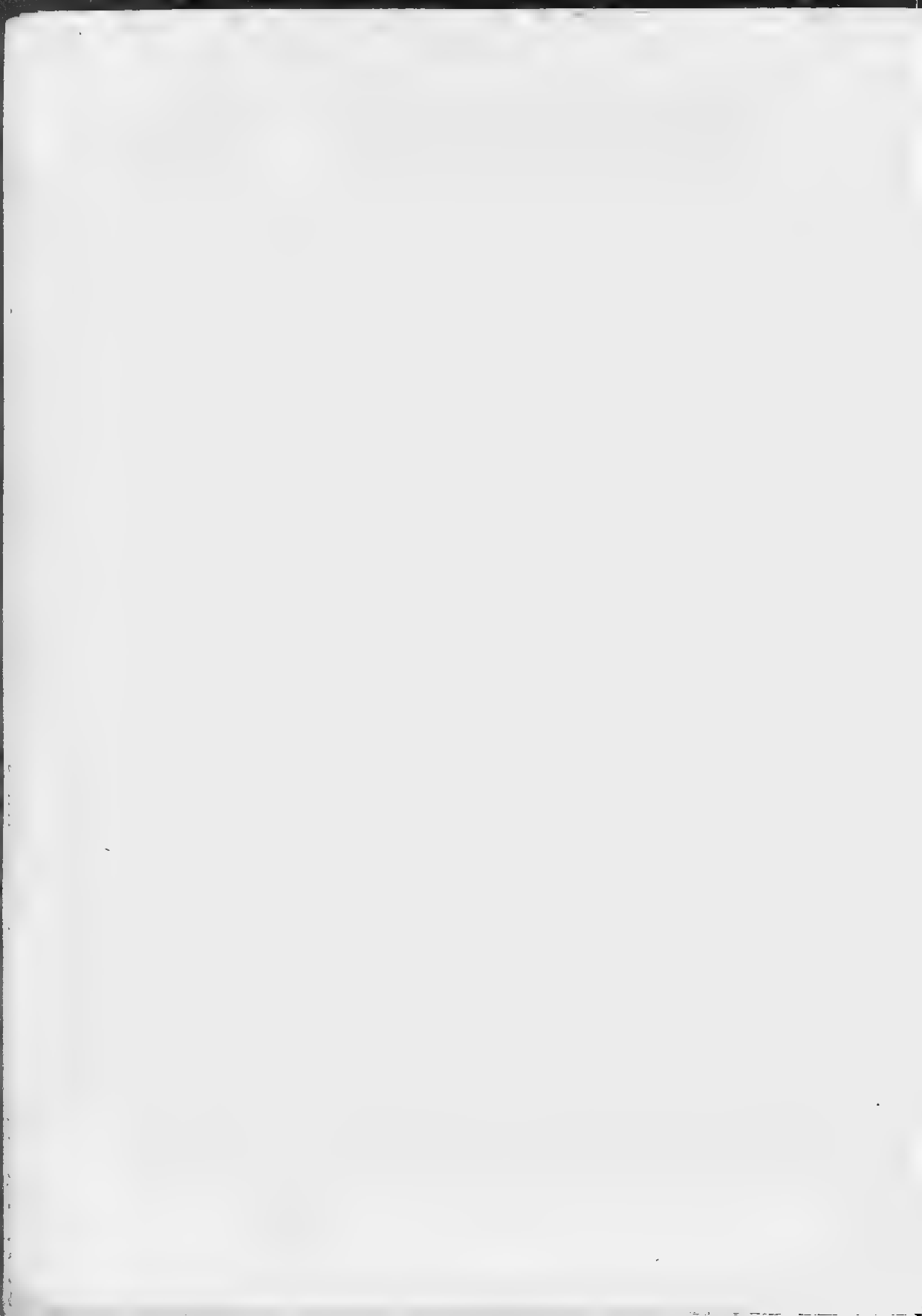
La prognosi della neurastenia postencefalitica deve dunque farsi riservata *quoad sanationem*, e specialmente severa *quoad tempus*. Fino ad oggi, dopo che ho veduto, a più riprese, di questi malati da circa tre anni, io non posso affermare con sicurezza di conoscerne uno solo che sia completamente e stabilmente guarito, cioè ritornato nelle primitive condizioni di salute perfetta. Non nego questa possibilità, ma dico che finora a me non è risultata. Le false guarigioni son frequenti in questa terribile encefalite epidemica, che è una malattia «à surprises et à réprises», come scriveva giustamente, in una sua pregevole tesi, Mlle G. Lévy, e ricordiamoci che, secondo le statistiche di un autore americano, il Grossman, si può parlare di guarigione soltanto nel 10 % dei casi, senza dire che il Denning, su 182 di questi pazienti, ne trovò soltanto 4 «perfettamente guariti». *Meminisse juvabit*.

Non deve quindi troppo meravigliare la severità con la quale io intendo di premere la mano anche sul prognostico della neurastenia postencefalitica. Non nego però che, se non ho ancora veduto guarigioni, ho constatato, non di rado, dei miglioramenti considerevoli, riconosciuti dagli stessi malati col passare del tempo, sempre però quand'essi furono ossequienti ai consigli impartiti, senza limitarsi, come molti fanno, ad ingoiare la pillola corroborante, a subire la iniezione ricostituente o a bere la pozione calmante, nella fallace credenza che la farmacopea sia onnipotente, sia sufficiente e li dispensi dal sottrarsi a quelle cause nocive che vengon segnalate, e a seguire quegli insegnamenti giovevoli che a loro vengono impartiti dal medico.

Avviene generalmente che, col passare dei mesi, dei diversi disturbi accusati dal paziente alcuni si dileguano ed altri permangono, per quanto meno tormentosi. In altri casi, tutta la sindrome pare che si sia eclissata, dando al soggetto la convinzione, o l'illusione, di essere finalmente guarito. Ma dopo alcuni giorni

questo o quel sintoma si ripresenta per poi scomparire di nuovo, e così via finchè, in progresso di tempo, i periodi intervallari di benessere si fanno sempre più lunghi e più frequenti.

Non si può per certo disconoscere che, in realtà, in alcuni casi, la malattia sia suscettibile d'una guarigione completa. Anche dal punto di vista teorico, la possibilità di un tale esito favorevole è ben concepibile, quando si pensi che gli attacchi dell'infezione posson essere di tutti i gradi, fino ai più leggeri che siano concepibili. Infatti, il «genio epidemico» coinvolge indubbiamente nelle sue spire molta più gente di quanto si pensi, e, senza dubbio, dal 1918 in poi, gli abitanti dei due mondi vennero in gran numero «toccati o sfiorati» dalle nere ali della *Letargica*, in un giorno o in un'ora dell'epoca epidemica, senza che se ne siano accorti. Or bene, è evidente che, quando l'aggressione fu così subdola da passare inosservata, e l'infezione così leggera da non vulnerare indelebilmente il neurasse - permettendone da ultimo la *restitutio ad integrum* - quel pallido stato neurastenico che ne poteva essere eventualmente derivato in primo tempo abbia potuto passare a guarigione. Anche questo concetto desidero che sia qui chiaramente esposto, perchè non paia che le mie previsioni sul destino dei postencefalitici e sul decorso della loro «neurastenia» siano eccessivamente pessimistiche.



CURA.

Guarire la neurastenia postencefalitica significa guarire la encefalite epidemica. E il clinico già sa, pur troppo, e per prolungata esperienza, quanto sia arduo questo compito e come si sottragga, finora, ai suoi tentativi terapeutici, che contano l'iodio e l'arsenico, l'urotropina e l'adrenalina, la duboisina e la scopolamina, gli accessi di fissazione, i sieri, il salicilato di sodio, ecc.

Quando non è adunque possibile di colpire direttamente l'agente causale perchè ci è ignoto, non resta che correre ai ripari suggeriti dalla terapia generale e consigliati dai trattamenti sintomatici. Quando manchiamo di mezzi specifici, bisogna seguire la via indicata dal buon senso clinico, scaturito dalle nozioni di fisiologia che ci son note e dalle leggi di fisiopatologia che, per altra via, abbiamo già imparato a conoscere.

Comincio col dire, che al neurastenico postencefalitico il medico può riuscire più utile coll'insegnargli quello ch'egli non deve fare, anzichè col dirgli quello che deve fare. E' un errore troppo comune quello che generalmente noi commettiamo, limitandoci a dare al malato soltanto consigli sul da farsi, senza indicargli gli scogli ch'egli deve evitare, come insegna al pilota ogni esperto navigante.

Immanzi tutto è cosa naturale che al postencefalitico, cioè ad uno che ha sofferto un processo flogistico del suo cervello (processo che, come si avvertì, non si sa mai dire se e quando sia estinto) si debban proibire tutte le cause congestionanti, che non son poche, con a capo gli alcoolici. Vengono in seconda linea i calori: non esporsi al sole cocente, non rimanere a lungo in ambienti molto riscaldati o affollati. Appena voi date questi ordini, il malato ne conferma l'opportunità perchè è già edotto dall'esperienza. Io so di molti postencefalitici, che vennero improvvisamente incolti da qualche disturbo non lieve (attacco vertiginoso con vomito, cefalea, ecc.) nei mesi

estivi, per essersi esposti ai calori del sole, che per loro è un grande nemico, e conosco una signorina, che dopo essere andata in un teatro, nonostante il mio divieto, venne incolta da attacchi epilettiformi. Anche quando voi darete al paziente il buon consiglio di vivere più che può all'aria libera, lo troverete senza ambagi concorde, perchè sa che nei luoghi chiusi si sente come soffocare e anela sempre di trovarsi all'aperto. L'incurvamento in avanti del tronco e la flessione prolungata del capo — in quanto son cause congestionanti del cervello — riescono egualmente dannose per i nostri malati. Conosco una postencefalitica, che dopo essere rimasta in posizione inclinata sopra un canale d'acqua per lavare dei panni, presentò sintomi cerebrali imponenti; conosco una signora, brava massaia di casa, che, contro il mio ordine, un giorno si mise in ginocchio nel salotto per lucidare il pavimento, e dovette poi rimanere immobile a letto per alcuni giorni, senza muovere il capo, perchè insorgeva intensa vertigine.

Ho consigliato al falegname postencefalitico di non piallare, al fabbro ferraio di non battere il martello sull'incudine, (¹) al contadino di non falciare, al fornaio e al ferroviere di evitare le bocche di fuoco, al suonatore di strumenti da fiato di cambiar mestiere, alla massaia di non lavare stando col capo all'ingiù e via dicendo, e quando tutti questi pazienti, passato qualche tempo, venivano a dirmi che, in realtà, dopo aver presa la mia medicina non soffrivano più tanti disturbi e «il capo andava meglio», io ero ben convinto che essi eran debitori del miglioramento, più che alla ricetta, al buon consiglio da me dato e da loro seguito.

Per le stesse ragioni, bisogna evitar di gridare, di cantare, di emozionarsi, ecc., essendochè le *poussées* congestive son facili in quelle circostanze ed il sistema vasomotorio del postencefalitico è troppo labile perchè debba esser posto alla prova e messo in azione, anzichè lasciato possibilmente in riposo. Io avverto inoltre il malato di non dormire col capo molto in basso.

Gli eccitanti di ogni specie (caffè, the, ecc.) devono essere proibiti, perchè c'è di mezzo un cuore irritabile che va soggetto

(¹) Bisogna dare a postencefalitici anche il consiglio di evitare i grandi rumori. Una giovane malata che in un periodo di cura conveniente si era rimessa in buone condizioni, dopo avere assistito una notte ad uno spettacolo musicale con forti detonazioni, venne nocchi da cefalea, da leggera vertigine e notò una ricomparsa dei suoi disturbi caratteristici, senza emozione e senza disordine vasomotorio, ecc.)

a palpitazioni (crisi di tachicardia postencefalitica); la dieta dev'essere atossica, prevalentemente lattea e vegetariana, se il deterioramento organico non comanda l'ipernutrizione (che del resto non sempre serve in questi casi) (1) e l'intestino, per lo più chiuso, dev'essere possibilmente mantenuto libero con mezzi adatti (legumi cotti, burro, miele, marmellate di frutta, ecc.), con l'educazione ad orario fisso, con cure fisiche (le docce addominali calde giovano, per es., nella stipsi spastica), e da ultimo con leggeri purganti, non però metodicamente usati.

Nelle forme congestive, con facile arrossamento del volto, cefalea, senso di peso e di confusione al capo, ecc., io raccomando con profitto l'uso metodico di pediluvi caldi con vescica di ghiaccio al capo. Ho invece timore dei bagni caldi generali, che non consiglio ai postencefalitici, dai quali, come si disse, son generalmente mal tollerati (congestione cerebrale!), se non di rado e con grande circospezione (temperatura di 36° e compresse di acqua fredda al capo). Per quanto riguarda l'idroterapia fredda, proscrivo le docce, ma convengo che posson essere consigliabili, sempre a scopo decongestionante o anemizzante del cervello, i mezzi bagni, la colonna d'acqua ai piedi e simili pratiche. Son però dell'avviso che l'idroterapia e la termoterapia in genere (bagni a vapore, faugature, ecc.) debbon essere praticate con molta prudenza in questi casi, appunto perchè è facile il pericolo — con temperature troppo basse o troppo alte — di mettere a dura prova la circolazione cerebrale ed il sistema neuro-vegetativo che non ha qui bisogno di essere eccitato, trovandosi costantemente in uno stato di squilibrio, come hanno opportunamente già fatto notare Burgonzio e Boveri, il quale loda l'idroterapia minore, specialmente la cura balneare di Levico.

Molta prudenza, per quanto venne detto, deve usarsi anche nelle applicazioni elettriche, che però trovan precise ed utili indicazioni in stati astenici, ipotonici e paretici postencefalitici, generalizzati o localizzati. Se sonvi in atto o in *latentia* espressioni

(1) Ho imparato però che, per regola generale, conviene di forzare la nutrizione nei postencefalitici deboli. Meno e il più delle volte il miglioramento delle loro condizioni generali procede di pari passo con l'aumento di peso. Ho constatato infatti che il nutrimento insufficientemente perchè il loro appetito è capriccioso e perchè la loro lingua è biancastra — come a torto si fa nelle «*dispepsie nervose*» oggi chiamate «*false gastropatie o psicontrattosi gastriche*» — significa «*van ener*» in un *circulus vitiosus*.

ipercinetiche (spasmi, tremori, mioclonie, movimenti coreiformi, ecc.), la corrente elettrica faradica è controindicata. (1).

Ho avuto l'impressione che le solite cure ricostituenti *per os* e *per cutem*, che si soglion consigliare nelle comuni forme neurasteniche, se non fanno male, faccian poco bene ai postencefalitici. Devo far eccezione per l'*arsenico*, somministrato per bocca (liquor del Fowler) o per iniezione (cacodilato di Na.), che resta sempre un potentissimo eutrofico e che conserva il suo grande valore anche in queste forme, specialmente quando c'è il deperimento organico. I bromuri e la valeriana non mostrano di aver qui molto effetto. Nemmeno la stricnina, che corrisponde in modo eccellente nelle astenie post grippali, riesce, con il suo potere eccitante sul midollo spinale, di grande efficacia in quelle postencefalitiche. Lo iodio, ottimo nei primordi dell'infezione, ha poco appiglio, mi parve, in questi esiti leggeri e reliquati remoti, quantunque non si possa negare che il suo impiego debba, in alcuni casi, essere tentato. Il fosforo, che vien spesso prescritto *larga manu* in simili stati neurasteniformi come si usa per quelli che son più comuni, se in questi ultimi può tornar utile, non ho constatato che dia vantaggi evidenti in quelli dell'encefalite. In siffatti casi io son anzi poco propenso a consigliarlo, perchè l'astenia psichica è di diversa origine e perchè, qui, come nei vecchi, e specialmente nelle neurastenie su base alcoolica, sospetta è una disfunzione epatica, che controindica, com'è noto, la terapia fosforica.

Contro i disturbi gastrici (anoressia, dispepsia), che son quasi di regola, mi son sempre lodato della *Kola* (in forma granulata, degli stabilimenti Astier), che consiglio di prendere, nella dose di due cucchiaini da caffè al giorno, sciolta in un liquido acquoso prima dei pasti, a periodi piuttosto prolungati. In qualche caso, per la caffeina che contiene, aumenta l'eretismo cardiaco, e allora sarà necessario sospenderla, ma si tratta, secondo la mia esperienza, di evenienze rare. (2)

(1) Come il Boveri, son però del parere che le correnti statiche (usate sotto forma di vento o di doccia, non di scintille) riescan utili in questi postumi di encefalite epidemica.

(2) Fra i medicamenti usati nelle «nevrosi gastriche», ricorderò qui l'oppio ed i suoi derivati, la belladonna, l'atropina, ecc. Ceconi loda la «bellafolina» nelle sindromi vagotoniche (Minerva Medica, N. 14, 1925). A me parve che il luminal conservi per sempre il suo grande effetto sedativo anche nelle gastralgie postencefalitiche.

Per quanto poi riguarda il trattamento generale con i farmaci, bisogna anche qui guardarsi dal prender di mira tutti i sintomi per colpirli con medicine particolari, perchè, in tal caso, si finirebbe col trasformare la casa del malato in una farmacia, e coll'intossicare, per mezzo di medicamenti, il suo organismo già intossicato dal virus encefalitico. Bisogna dunque rivolgersi verso il complesso patologico predominante: *A potiori fit curatio*. Io faccio sempre, anche in questi casi, la distinzione solita che si usa fare nella neurastenia classica: forme eretisti che e forme torpide. Nelle ultime, nelle quali l'astenia (fisica e psichica) domina la scena, meglio d'ogni altro corrisponde un trattamento adrenalínico ben diretto. La soluzione al millesimo, nella dose di circa 20 gocce al giorno, prese in 5 o 6 volte, mi si è mostrata poco efficace. Trovo più attivi altri estratti surrenali, e mi giovo presentemente del *Biosurrenal* dell'Istituto opoterapico nazionale di Pisa (negli adulti, 20-25 gocce due volte *pro die*, diluite in acqua, prima o durante i pasti). (1).

Quando invece son prevalenti gli stati di nervosismo generale e di eccitazione motrice oltre che psichica, uso — e con aumentata fiducia — un ottimo sedativo posto in commercio in questi ultimi tempi, cioè l'*Alepsina* del Laboratorio Delfino di Torino, non tanto per il suo contenuto in bromo e in belladonna, quanto per le sue dosi di luminal, felicemente associato ai polibromuri, farmaco sedativo di ormai provato valore. Si daranno, a seconda dell'età e a seconda dei casi, 1-2-3 cucchiaini da tavola al giorno. E' efficace anche contro l'insonnia e contro le algie del postencefalitico. Soltanto ne' casi d'ipersonnia diurna bisogna rinunciare al farmaco, perchè si sa che il luminal (ottimo mezzo anche contro le manifestazioni ipercinetiche) esercita azione ipnotica se usato in dosi un po' elevate (15-20 centigr.).

Il neurastenico dell'encefalite letargica non deve far continui viaggi in ferrovia nè lunghe scarrozzate, o faticose salite alpine, (2) e deve sopra tutto evitare l'uso della «motocicletta». Charcot ci ha insegnato che la «*fautenil trépidant*» porta sollievo

(1) Un medicamento dinamogenico di prim'ordine, ben superiore alla stricnina usata nelle forme miasmatiche dell'encefalite epidemica, è la poscina.

(2) I misfatti di questi viaggiatori — spesso consigliati per errore a postencefaliti di non riconosciuti — possono venir paragonati soltanto a quelli occorsi in questi ultimi anni, dalla «terapia bagn» di s'ie d'acque e dalla termoterapia in genere (bagni caldi, bagni a vapore, bagni termali, ecc.).

ai parkinsoniani, ma l'esperienza ci ha anche ammonito sul fatto che fa male ai pseudo-parkinsoniani postencefalitici. Non ricordo chi fosse quell'osservatore che, in questi ultimi tempi, ha ricordato anche questo fatto, come elemento per la diagnosi differenziale fra morbo di Parkinson genuino e parkinsonismo post-letargico, elemento da aggiungere agli altri caratteri, ormai numerosi, che han confermato il netto dualismo fra le due forme morbose, nonostante che Souques e Netter (*aliquando dormitat Homerus*) si sian pochi anni or sono schierati in prima linea fra gli unicisti convinti.

Come le congestioni, così gli scuotimenti del capo (1) non son certo i mezzi più adatti per sanare un cervello portatore di un processo flogistico, sia pur cronico, che aborre dalla iperemia, desidera la quiete e brama la pace. E perchè anela alla pace del suo spirito, il nostro neurastenico dovrà anche evitare i luoghi frequentati e rumorosi, i teatri ed i concerti, le riunioni ed i salotti, le lunghe conversazioni e le animate discussioni. La sua vita deve scorrere regolata e tranquilla, possibilmente al riparo di ogni emozione, che con le sue ripercussioni dirette sul sistema neurovegetativo e su quello vasomotorio non fa altro che traumatizzare, scuotere e perturbare un apparato nervoso già in equilibrio instabile. Non c'è infatti neurastenico postencefalitico che non confessi di star peggio in seguito ai commovimenti dello spirito: il cuore batte più agitato, la faccia si arrossa, il capo si fa pesante, il pensiero si confonde, il tremore insorge, le clonie fascicolari si accentuano, l'appetito diminuisce, l'astenia aumenta, l'insonnia peggiora, e via dicendo. Quando si tratta di bambini o di fanciulli, prima di far prescrizioni di bromuri, di valeriana e di altri anti-nevrotici, il medico non si dimentichi infatti di proibire i salti e le corse, nonchè i giochi rumorosi, e di comandare la quiete. Al neurastenico postencefalitico conviene dunque il riposo: riposo fisico e riposo psichico. Io consiglio sempre questi pazienti, per interrompere la fatica della giornata, di riposare un'ora sul meriggio. E consiglio alla giovane di ritardare le nozze imminenti, alla donna di evitare gravidanze prossime, che, come il puerperio e l'allattamento, peggiorano sempre le sue condizioni.

Per quanto riguarda infine la climatoterapia, son dell'avviso

(1) Anche alcuni crampi son temuti ne' postencefalici perchè ne aggravano le condizioni.

che il mare, come l'alta montagna, generalmente non confacciano al nostro malato, mentre le medie altezze della collina — dov'egli potrà passare i mesi estivi alla frescura — gli tornano di giovamento, migliorandone le condizioni generali. Certo si è che la città rumorosa e la vita affaccendata non son fatte per lui, che dovrebbe, possibilmente, passare la sua lunga convalescenza nella serena pace della campagna. Qualcuno di questi malati può ancora legger libri ed occuparsi mentalmente, mentre altri, se fanno la prova, si accorgono che la vista si stanca e poco dopo la cefalea insorge; gli è perciò, che non si potrà sforzare i giovani allo studio. I gradi e le diversità delle forme sono infinite, talchè si dovrà naturalmente regolare le prescrizioni caso per caso, individualizzando e specializzando. Il medico che crede di esercitare la sua arte applicando la terapia in modo stereotipo, a seconda del catalogo delle malattie, mi dà l'immagine dell'innamorato di campagna che copia le lettere stampate nel libro del consigliere galante, adattandole alle diverse circostanze del suo idillio rusticano.

La disgrazia maggiore che può capitare al nostro neurastenico è quella di fare la *via crucis* per gli ambulatorii di molti medici, che spesso concorrono — se non vedon chiaro nella diagnosi — a confonderlo sempre più con giudizi di diversa specie, con sospetti di varia natura, a renderlo incerto sul suo male e a farlo disperare. Il neurologo che lo ha ben catalogato e ben compreso, non deve accomiatarlo dopo la prima visita, ma è necessario che lo riveda poi in avvenire più volte, ad alcuni mesi di distanza, per seguire le vicende della sua salute e per continuare ad assisterlo co' suoi consigli durante il decorso, sempre lungo, della sua malattia. E' un errore grandissimo quello di considerare come troppo presto guarito il neurastenico postencefalitico e di abbandonarlo a sè stesso, prima del tempo (il che è come dire, nella migliore delle ipotesi, prima di qualche anno). E' un errore come quello di rimettere precocemente in circolazione un commozionato del cervello, o affidare alla ventura un epilettico perchè non presenta più accessi da alcuni mesi. Dell'encefalite epidemica non si guarisce mai d'un tratto, come si può guarire, per es., di una paralisi isterica, ma, se pur ciò è possibile, si guarisce lentamente e per gradi, quantunque non sempre in modo uniforme, perchè le oscillazioni son la regola e i ritorni aggressivi del male non son l'eccezione.

Ricordiamo poi che il trattamento appropriato in un Sanatorio è consigliabile per alcuni di questi pazienti (non per guarirli completamente in due o in tre mesi, ma per migliorare sicuramente le loro condizioni e per metterli sulla dritta via), e che per tutti la psicoterapia riesce di grandissimo aiuto.

Devesi infine dire al chirurgo, che il postencefalitico offre un terreno poco favorevole per i suoi interventi. Egli naturalmente non potrà trattenersi dall'operare quando c'è l'indicazione, ma vuolsi soltanto avvertirlo che — sia per effetto dell'intossicazione cloroformica, sia in causa diretta del trauma operatorio — il suo operato presenterà spesso reazioni psico-neurotiche non comuni, che, se sfuggiranno alla sua osservazione, non resteranno però celate all'occhio del neurologo, e ancor meno alla valutazione del malato.

1641174

